

Olívia Félix Bizetto

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: O QUE PENSAM
E COMO OPERAM SEUS TRABALHADORES?**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

São Paulo

2019

Olívia Félix Bizetto

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: O QUE PENSAM
E COMO OPERAM SEUS TRABALHADORES?**

Dissertação apresentada à Universidade
Federal de São Paulo – Escola Paulista
de Medicina para obtenção do título de
Mestre em Ciências.

Orientador: Prof. Dr Luiz Carlos de
Oliveira Cecilio

São Paulo

2019

Bizetto, Olívia Félix

Política Nacional de Atenção Básica: o que pensam e como operam seus trabalhadores? / Olívia Félix Bizetto - São Paulo, 2019.
xi, 104 f.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Brazil's National Primary Health Care Policy: what they think and how their workers operate.

1. Política de Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Promoção da Saúde. 4. Gestão em Saúde. 5. Trabalhador da Saúde.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

Chefe do Departamento: Profa. Dra. Rosemarie Andreazza

Coordenadora do curso de pós-graduação: Profa. Dra. Zila van deer Meer
Sanchez

Olívia Félix Bizetto

**POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA: O QUE PENSAM
E COMO OPERAM SEUS TRABALHADORES?**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecílio

Banca examinadora:

Prof. Dr. Eduardo Alves Melo

Profa. Dra. Sandra Maria Spedo

Profa. Dra. Vânia Barbosa do Nascimento

*“O meu olhar é nítido como um girassol.
Tenho o costume de andar pelas estradas
Olhando para a direita e para a esquerda,
E de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
É aquilo que nunca antes eu tinha visto,
E eu sei dar por isso muito bem...
Sei ter o pasmo comigo
Que tem uma criança se, ao nascer,
Reparasse que nascera deveras...
Sinto-me nascido a cada momento
Para a eterna novidade do mundo...”*

(Alberto Caeiro)

Agradecimentos

Tenho muito a agradecer! E por muitos e diferentes motivos, todos eles recheados, sobretudo, de afetos. E é por isso que este processo de formação valeu a pena.

Como não poderia deixar de ser, agradeço primeiramente ao meu orientador, Luiz Cecilio. Você é certamente uma pessoa que me inspira, pela sensibilidade, inteligência, generosidade e ousadia. O contato contigo me possibilitou, além de refletir mais e melhor sobre a complexidade do cotidiano do trabalho na saúde, ter a coragem e iniciativa de mergulhar nessa pesquisa. E senti, a todo tempo, que fizemos isso juntos. Fico cheia de orgulho e alegria por isso. Obrigada!

À minha mãe, Maria Sebastiana. Com você me aproximei da saúde pública desde criancinha, me apaixonei pela atenção básica, pelo trabalho em equipe, pela saúde, pela educação. Mais importante ainda, aprendi que estar com o outro é a melhor forma de existir nessa vida. E que esse “outro” na verdade são muitos, e diferentes. Nessa diferença construímos um universo de possibilidades, desenvolvemos a tolerância, a paciência, e vamos crescendo. Todo meu amor e gratidão!

Ao meu pai, Moisés, por estar sempre ao meu lado em todas as escolhas que me trouxeram até aqui. A minha irmã, Flávia, minha parceira de toda a vida; ao Zé Marcio, meu cunhado, por ser essa pessoa afeita a desafios e a conversas de todo tipo, inclusive sobre essa pesquisa; e aos lindos sobrinhos Rafael e Tiago, que enchem nossa vida de sorrisos, sapequices e amor.

Ao Mateus, meu amor. Começamos juntos, eu, você e o mestrado. E por isso esse foi um processo mais leve e prazeroso. Obrigada pela compreensão das ausências, pelo incentivo nos momentos de fuga, pelo afago diante de desesperanças, e por acreditar sempre. Percorrer esse caminho ao seu lado fez tudo ser diferente e mais possível. Amo você.

Aos colegas – na verdade grandes amigos – do Departamento de Medicina Preventiva da UNIFESP, pelo compartilhamento diário de desafios, sonhos, trabalho,

conquistas, aprendizados e muita muita alegria: Nica e Sandra, Rose, Arthur, Lumena, Mari Nasser, Harada, Eliane, Juliana e Ana Lúcia Medeiros. É muito bom estar com vocês nessa caminhada!

Às grandes pessoas que conheci nessa trajetória na Saúde Coletiva. Com vocês me tornei melhor, mais sensível, mais disponível, mais questionadora, mais inclusiva, reflexiva e também mais feliz. Na graduação, Larissa, Samy, Aline e Carlão; na Residência Nara, Martin, Aline, Ju, Niva, Eli e toda equipe do “Band”; em Caçapava nossa equipe do CIR; em São Bernardo em especial aos trabalhadores do “T4” e a nossa equipe Renata, Grazie, Eli, Thaís e Mawusi, e às amigas de casa e de vida Adriana, Fran, Isa e Larissa. Às amigadas da SMS de São José dos Campos, em especial a Tera, minha parceira de coração que coloca amor e luta em tudo o que faz. Você tornou essa etapa muito melhor de ser vivida e compreendida! Também à Neusinha e Paulo, pela coragem e ousadia de sempre. Um brinde!

Aos amigos do Grupo de Pesquisa, em especial aos “cartógrafos” pelo olhar e pela escrita tão sensíveis que nos possibilitou desenvolver a pesquisa-matriz. Compartilho com vocês este trabalho, e agradeço por tantos “deslocamentos” que provocaram – e continuam a provocar – em mim.

Às amigas nesse processo formativo, Claudia e Mari Paes. Estarmos “conectadas” nesse tempo tornou este um caminho mais leve e cheio de reflexões. E à Lu, pelas contribuições, pela escuta, e com o carinho de sempre. Toda admiração por vocês!

E a tantos/as amigos/as com quem compartilhei – e compartilho – diferentes pedaços da caminhada. Cada qual ao seu jeito, encham de flores, cores e aromas essa aventura que é a vida, que só faz sentido se formos, de verdade, juntos.

À Sandra, Vânia, Eduardo e Ricardo, por aceitarem ler e colaborar com esta minha dissertação.

E à Milene. Por me ajudar a enxergar quem sou, em toda singularidade e potência.

Sumário

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. INTRODUÇÃO | 1 |
| 1.1. Caminhos da Atenção Primária/Atenção Básica à Saúde no Brasil e no mundo | 1 |
| 1.2. Por que fazer esta investigação? (O meu caminho) | 15 |
| 2. OBJETIVOS | 19 |
| 3. PRESSUPOSTOS E JUSTIFICATIVA | 20 |
| 4. METODOLOGIA | 21 |
| 4.1 Aspectos Éticos | 24 |
| 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 25 |
| 5.1. Plano de Visibilidade 1: Os limites do arsenal diagnóstico/terapêutico da medicina tecnológica para “dar respostas” aos problemas sociais | 26 |
| 5.2. Plano de Visibilidade 2: Escuta qualificada: ora sim, ora não | 34 |
| 5.3. Plano de Visibilidade 3: A abordagem moralista do cuidado | 46 |
| 5.4. Plano de Visibilidade 4: O trabalho interdisciplinar nem sempre acontece | 51 |
| 5.5. Plano de Visibilidade 5: Prevenção/promoção à saúde ou cuidar das doenças? Afinal, qual o papel da Atenção Básica à Saúde? | 58 |
| 5.6. Plano de Visibilidade 6: Demanda sem fim por atendimento, oferta limitada de atendimento | 74 |
| 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS | 87 |
| 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 92 |

Lista de siglas

ABS – Atenção Básica à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CPS – Cuidados Primários em Saúde

CRAS – Centro de Referência da Assistência Social

DAB – Departamento de Atenção Básica

MS – Ministério da Saúde

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

Nasf-AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PNH – Política Nacional de Humanização (PNH),

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

RSB – Reforma Sanitária Brasileira

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UHC – Universal Health Coverage (Cobertura Universal em Saúde)

Resumo

Introdução: A Atenção Básica à Saúde (ABS) se constituiu no Brasil sob influência do movimento preventivista, em cenário de tensão entre atenção individual e práticas coletivas. As formulações oficiais buscaram alargar este conceito, em especial nas últimas duas décadas. Nesse contexto, e os trabalhadores, qual(is) concepção(ões) de ABS trazem, e como elas influenciam sua prática? **Objetivos:** Caracterizar o que os trabalhadores consideram ser o papel da ABS e identificar se, e de que modo, tais concepções influenciam seu trabalho. **Metodologia:** Foi utilizado o material empírico da pesquisa-matriz: *A Atenção Primária à Saúde como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde: a perspectiva de seus profissionais e usuários*, de recorte etnográfico, que buscou captar o dia a dia de sete unidades básicas de saúde (UBS) na capital paulista e região metropolitana, nas quais os pesquisadores permaneceram de 8 a 12 horas/semana, por 10 a 12 meses, entre 2014 e 2015. Foram selecionadas, nos diários de campo dos pesquisadores, cenas que traziam em seu conteúdo as concepções e práticas dos trabalhadores acerca da pergunta norteadora desta investigação. **Resultados e Discussão:** As cenas foram organizadas a partir de semelhanças e/ou contiguidade, compondo “planos de visibilidade”, o que tornou visível/dizível aspectos do cotidiano das UBSs. Verificou-se que são múltiplas as tensões que atravessam a prática dos profissionais, com adesão heterogênea às normativas das formulações oficiais para a ABS, em especial a Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Humanização: há limites importantes quanto às ferramentas que os trabalhadores dispõem para abordar as questões sociais; a escuta qualificada e a realização de uma clínica ampliada por vezes acontece, em contraposição a práticas protocolares e biologizantes; os julgamentos morais e a culpabilização dos usuários interferem no cuidado prestado; o trabalho em equipe se mostra com suas potencialidades e também fragilidades; persiste um discurso preventivista por parte dos profissionais, que se expressa em sua fala e atitudes, de priorização de ações de prevenção e promoção em detrimento principalmente à atenção a demanda espontânea; o acolhimento, proposto para ampliar a capacidade de escuta e resolução de demandas que chegam às unidades, desponta como destacado ponto de tensão e conflito nas equipes, seja pela concepção que trazem quanto ao papel da ABS, seja por se verem com ofertas limitadas diante da demanda que parece não ter fim. **Considerações Finais:** Os sentidos que os trabalhadores dão para o que seja a ABS tem um forte poder de orientar suas práticas, e interfere intensamente no modo como o cuidado em saúde é prestado. No entanto, esta composição contém outros elementos, que precisam ser considerados nos espaços de discussão de diretrizes para a ABS e nos diferentes processos de formação dos trabalhadores, de forma a potencializar seu papel de cuidar das pessoas.

Palavras-chave: Política de Saúde, Atenção Primária à Saúde, Promoção da Saúde, Gestão em Saúde, Trabalhador da Saúde.

Abstract

Introduction: The Primary Health Care (ABS) was constituted in Brazil under influence of preventivist movement, in a scenario of tension between individual attention and collective practices. The official formulations sought to broaden this concept, especially in the last two decades. In this context, and the workers, what conceptions of ABS bring, and how it influences your practice? **Objectives:** To characterize what workers consider to be the role of ABS and to identify if, and in what way, such conceptions influence their work. **Methodology:** The empirical material of the research-matrix was used: *Primary Health Care as a strategy for (re)configuration of National Health Policies: the perspective of its professionals and users*, with ethnographic clipping, which sought to capture the daily life of seven basic health care units (UBS) in the São Paulo state capital and metropolitan region, in which the researchers stayed from 8 to 12 hours a week, for 10 to 12 months, between 2014 and 2015. In the field journals of the researchers, scenes containing the concepts and practices of the workers about the guiding question of this investigation were selected. **Results and Discussion:** The scenes were organized from similarities and/or contiguity, composing "visibility plans", which made visible / tellable aspects of the daily life of the UBSs. It was verified that there are multiple tensions that cross the practice of the professionals, with heterogeneous adherence to the norms of the official formulations for the ABS, in particular the Brazil's National Primary Health Care Policy and the National Health Humanization Policy: there are important limits to the tools that workers have to address social issues; the qualified listening and the accomplishment of an extended clinic sometimes happens, in contraposition to protocolic and biological practices; the moral judgments and user blame interfere with the care provided; teamwork shows itself with its potentialities and also weaknesses; a preventivist discourse persists on the part of the professionals, who expresses themselves in their speech and attitudes, prioritizing prevention and promotion actions, in detriment mainly to the attention to spontaneous demand; the reception, proposed to increase the listening capacity and resolution of demands that arrive at the units, emerges as a highlighted point of tension and conflict in the teams, either because of the conception they bring about the role of ABS, or because they see limited offers demand that seems to have no end. **Final Thoughts:** The senses that workers give to whatever the ABS have a strong power to guide their practices, and strongly interfere with the way health care is provided. However, this composition contains other elements, which need to be considered in the discussion spaces of ABS guidelines and in the different processes of workers' training, in order to enhance their role of caring for people.

Key words: Health Policy, Primary Health Care, Health Promotion, Health Management, Health Personnel

1. INTRODUÇÃO

1.1. Caminhos da Atenção Primária/Atenção Básica à Saúde no Brasil e no mundo

As primeiras noções de Atenção Primária à Saúde (APS) surgiram no início do século XX, com a publicação do Relatório Dawson, em 1920. A pedido do governo britânico, Lord Dawson propôs um sistema de organização dos serviços de saúde, que se articulariam em níveis crescentes de complexidade, em um território definido (PENN et al., 1920). A Atenção Primária é apontada, então, como o primeiro serviço a ser acessado pelo paciente, e que estabeleceria a comunicação com os outros níveis, conforme a necessidade de cada caso. As ações preventivas e curativas estariam estreitamente coordenadas em cada um dos planos de atenção, sob uma única autoridade de saúde para cada área. O modelo proposto por Dawson foi inicialmente engavetado, e utilizado posteriormente como base para a organização de serviços nacionais de saúde, que prestariam assistência médica individual, intervenções coletivas, ações de prevenção e promoção à saúde e cuidado domiciliar, entre outros. (BASTOS DE PAULA, 2015; CONILL, 2008).

Na segunda metade dos anos 40, como resposta à possibilidade de intervenção estatal no setor saúde, as associações médicas norte-americanas recuperaram alguns aspectos do Relatório Dawson, propondo alterações da formação médica de forma a estimular uma atitude preventiva, mesmo sob a ótica liberal, aproximando a atenção individual às práticas de Saúde Pública (BASTOS DE PAULA, 2015). O conceito de História Natural da Doença serviu como base para a disseminação das práticas de prevenção – primária, secundária e terciária – aliada à valorização da epidemiologia e ciências sociais, impulsionando a criação de Departamentos de Medicina Preventiva nas escolas médicas, inclusive no Brasil no final da década de 50 (BONFIM; BASTOS, 2009).

O modelo hegemônico àquela época, o qual predomina até os dias de hoje, baseado no Relatório Flexner (1910), vinha oferecendo respostas insatisfatórias aos problemas de saúde da população. Com o foco nas questões biológicas do processo saúde-doença e atenção médica individual centrada no hospital e no desenvolvimento da medicina científica oriunda do início do século, os gastos em

saúde apresentavam preocupante elevação, sem impactos importantes nas condições de saúde e qualidade de vida da população (GIL, 2006).

Neste cenário, a Medicina Preventiva representou uma nova possibilidade de abordagem, mantendo o campo de atividades do médico na sociedade. Para Arouca (2003)

“a Medicina Preventiva, mais do que a produção de novos conhecimentos, mais do que mudanças na estrutura da atenção médica, representa um movimento ideológico que, partindo de uma crítica da prática médica, propõe uma mudança, baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e comunidade.” (AROUCA, 2003).

A formação do discurso da Medicina Preventiva teve, em uma de suas vertentes, a Higiene, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal do século XIX, que atribuía ao indivíduo a responsabilidade por sua condição de saúde. Considerando uma nova atitude médica, a normalização passa do indivíduo para o profissional, que passa a ter uma consciência – e uma conduta – preventivista, em sua prática diária, qualquer que seja a especialidade. (AROUCA, 2003).

A introdução do conceito ecológico de saúde e doença, intimamente imbricado com o conceito de História Natural da Doença, coloca a prática médica na totalidade, ou seja, qualquer situação de vida é passível de aplicação de conhecimentos “preventivos”, seja para evitar o aparecimento da doença, seja para conter o seu avanço. “Desta forma, saúde é um ‘estado’ relativo e dinâmico de equilíbrio, a doença é um processo de interação do homem frente aos estímulos patogênicos” (AROUCA, 2003). O aspecto social é reduzido ou simplificado, “de forma a surgir como ambiente onde existam agentes causais e não como uma sociedade que determina os estados de saúde e doença”. (SCOREL, 1999).

O discurso da Medicina Preventiva “instaura uma atitude, que essencialmente é normativa e que, rompendo com as barreiras geográficas da sua origem, ganha uma dimensão continental”. (AROUCA, 2003). Sua disseminação na América Latina ganha contornos estatais, dada a insuficiência do modelo liberal em corresponder às necessidades referentes à saúde, e como ressalta Arouca (2003), “o movimento preventivista como tendência vem se deslocando no sentido de projetos

racionalizadores da atenção médica, constituindo-se no solo para a introdução da racionalidade da produção no interior da prática médica” (p. 252).

O acesso aos serviços médicos prevalecia como um problema, e a Medicina Comunitária emergiu na década de 60 nos Estados Unidos como uma proposta de ampliação da cobertura de acesso a cuidados básicos, direcionada a populações marginalizadas e dispendendo baixos recursos. Aliando ações de cura e de prevenção, foi considerada por Cecília Donnangelo como um

“projeto de organização da prática médica, para uma modalidade particular de articulação entre as diferentes agências e instituições encarregadas das práticas de saúde, bem como com os grupos sociais aos quais as práticas de saúde são destinadas” (NUNES, 2008).

Esta organização, no entanto, não propiciava mudanças na estrutura social vigente, e trazia na prática médica uma forma de participação na reprodução destas estruturas e controle da força de trabalho.

A década de 70 é marcada pela acentuação da crise econômica e gastos exorbitantes em saúde, muito por conta da implementação dos avanços tecnológicos direcionados à área, em um cenário de ampliação de desigualdades sociais e crescimento de periferias urbanas. A Organização Mundial de Saúde, reafirmando a saúde como um direito humano universal, estabelece a meta “Saúde Para Todos no Ano 2000”, firmada na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, 1978.

A Declaração de Alma-Ata traz conceitos que impulsionaram reformas em sistemas nacionais de saúde ao redor do mundo com diferentes intensidades, enfatizando a relação da saúde com o desenvolvimento econômico e social. Os Cuidados Primários em Saúde (CPS) são admitidos como foco central dos sistemas de saúde, considerados cuidados básicos essenciais aos quais o acesso deve ser universal. Prevê a participação da comunidade em seu planejamento, organização, operação e controle, e representam o primeiro local de contato do indivíduo com o sistema de saúde. Voltado para os principais problemas de saúde da população, com serviços de proteção, cura e reabilitação, os CPSs englobam ações de educação, prevenção e controle de endemias, imunização e assistência materno-infantil, bem como o acesso a nutrição adequada, água de boa qualidade e saneamento básico (UNICEF, 1979).

O conceito de Atenção Primária à Saúde contemplado em Alma Ata ilumina a organização dos sistemas de saúde nas décadas seguintes, com suas metas facilmente atingidas por países industrializados, principalmente quando considerada tecnologia simples e de fácil acesso (STARFIELD, 2002). Para a autora, a APS passa a ser uma meta aceitável quando tomada como estratégia de integração de todos os aspectos dos serviços de saúde, com desafio de reverter a atenção médica realizada em nível primário para o conceito de APS que considera a complexidade do processo saúde-doença, o cuidado a partir das necessidades de saúde das comunidades, realizados por médicos generalistas e equipe multiprofissional, voltados à promoção à saúde, prevenção, atenção e cura, com ações intersetoriais e participação da comunidade.

A Atenção Primária à Saúde, no entanto, tem sido utilizada com diferentes concepções para a organização de políticas e práticas de saúde: como programa de medicina simplificada; como primeiro nível de atenção, ou atendimento de primeira linha; ou como componente estratégico de Saúde para Todos no Ano 2000 (PAIM, 2002). Em 2008, passados 30 anos de Alma-Ata, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou novo relatório intitulado: “Cuidados Primários em Saúde: agora mais que nunca” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008) ampliando o conceito dos CPS, considerados como estratégia estruturante dos Sistemas Nacionais de Saúde frente às novas demandas decorrentes das mudanças sociais, econômicas e políticas ao redor do mundo.

O relatório da OMS destaca três principais aspectos que justificam a retomada e ampliação da discussão em torno da Atenção Primária: a crescente desigualdade de evolução da atenção à saúde nos diferentes países; o envelhecimento da população e os efeitos da urbanização e globalização desordenadas, com carga negativa sobre as doenças transmissíveis e as crônicas não-transmissíveis; e a resposta inadequada do Estado a estas transformações, principalmente quanto ao acesso, oferta de serviços e financiamento. Em suma, os sistemas de saúde têm se desenvolvido em direções que não convergem para a equidade e justiça social, com incipientes resultados em relação à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

A APS desenvolveu-se, em muitas experiências, como um conjunto de ofertas de serviços essenciais, caracterizando a assistência pobre para os pobres, direcionada a algumas parcelas da população, em especial crianças e mães, e a doenças infecciosas e agudas, com a oferta de tecnologias simples e de baixo custo que faziam um contraponto ao modelo hospitalocêntrico. Como desafio para os CSP no século XXI, a OMS ressalta a centralidade da APS como estratégia de transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com objetivo de acesso universal e proteção social da saúde, possibilitando resposta integrada às necessidades de saúde das pessoas, coordenando o cuidado em seus diferentes níveis e promovendo estilos de vida mais saudáveis. Para tal, é necessário considerável investimento financeiro e de esforços, com respostas favoráveis quando comparadas a outras alternativas de organização da assistência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2008).

Em outubro de 2018, marcando os 40 anos da Conferência de Alma-Ata, a OMS promoveu um novo encontro em Astana, também no Cazaquistão. A Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável reafirma os compromissos expressos na Declaração de Alma-Ata, “em particular com a justiça e solidariedade, e sublinhamos a importância da saúde para a paz, segurança e desenvolvimento socioeconômico” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Alguns pontos da Declaração de Astana se diferenciam das anteriores, e são fontes de preocupação desde as versões preliminares colocadas em consulta pública. O destaque é para o conceito de Cobertura Universal em Saúde (Universal Health Coverage – UHC), o que representa um retrocesso “na defesa da APS integral em sistemas públicos universais de saúde nos quais o acesso aos serviços de saúde é direito de cidadania” (GIOVANELLA et al., 2018). Para as autoras, a UHC expressa as políticas neoliberais de ajuste fiscal, austeridade e de redução do papel do Estado na garantia de direitos, atuando como “mecanismo facilitador da expansão do setor privado com suas inerentes iniquidades”.

Apesar de algumas dissonâncias, a Carta de Astana reitera o papel central da APS na garantia do acesso à saúde como direito humano fundamental, e salienta o objetivo de atender às necessidades de saúde das pessoas ao longo da vida, por

meio de serviços de prevenção, promoção à saúde, cura, reabilitação e cuidados paliativos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Para Roland, (2019), apesar das diferenças com relação à Alma Ata, sua influência

foi de grande alcance em muitos países que agora buscam um sistema de saúde baseado no acesso universal à atenção primária. Embora não em todos os países, o reconhecimento do papel do Estado como financiador e coordenador do sistema de saúde e, portanto, da atenção primária vem aumentando, embora a integração dos diferentes componentes do sistema continue sendo um desafio quase universal. A reformulação da declaração em 2018, 40 anos depois, perdeu alguns dos pontos-chave na declaração original e, na verdade, agora é mais provável que seja vista como amplamente aplicável aos países desenvolvidos e em desenvolvimento do que há 40 anos. (ROLAND, 2019).

No Brasil, as primeiras experiências de Atenção Primária à Saúde datam do início do século XX, com iniciativas pontuais que evoluíram acompanhando as mudanças da atenção à saúde no país.

Na década de 20, período de industrialização e crescimento da massa de trabalhadores, foram criados os Centros de Saúde da Universidade de São Paulo, onde eram realizadas ações educativas de prevenção e promoção à saúde a uma população adscrita, com nítida separação entre atividades de saúde pública e de assistência médica (MENDES, 2012).

No Estado de São Paulo, o mais industrializado e com maior índice de urbanização do país, o Serviço Sanitário vinha se desenvolvendo baseado na perspectiva bacteriológica (escola francesa), mediante ações campanhistas direcionadas ao combate às epidemias de doenças transmissíveis, garantindo condições mínimas para a manutenção da força de trabalho. Já em 1916, em conjunto com a Fundação Rockefeller, são estruturados os primeiros postos com ações permanentes de controle dos problemas sanitários, destinados ao combate da ancilostomose. (MERHY, 1985).

A mudança nos rumos da Saúde Pública é observada também em nível federal, com a reforma administrativa orientada por Carlos Chagas, em 1923, com a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) (MENDES, 2012). Ainda nesta década, sanitaristas de renome, como o paulista Geraldo Horácio de Paula Souza, defendem a incorporação da perspectiva médico-sanitária americana aos Serviços de Saúde Pública brasileira, tendo como instrumental básico a

Administração Pública e a Educação Sanitária (MERHY, 1985). Segundo o autor, ele advoga uma “medicina social, de ação promotora e protetora da saúde, na qual pretende-se que a atuação criadora de uma consciência sanitária nos indivíduos, aliada ao saneamento ambiental, é que irá possibilitar a plena saúde” (p.94). As ações educativas devem ser realizadas em unidades locais, que se constituirão nos Centros de Saúde.

A Reforma do Serviço Sanitário do Estado de São Paulo em 1925 cria a inspetoria de Educação Sanitária e Centros de Saúde, incorporando as ações de educação sanitária às unidades locais e permanentes de Saúde Pública, que passaram a coexistir com a organização institucional anterior. As ações de higiene, antes destinadas ao ambiente, passaram a ter o indivíduo como foco principal, considerado como fator permanente de determinação da ocorrência ou não da doença, sendo responsável pela manutenção de seu estado de saúde, bem como da coletividade (MERHY, 1985). Os Centros de Saúde tinham como objetivos: dispensar medicamentos para os casos previstos no regimento interno; uniformizar o tratamento adequado de doenças transmissíveis; e criar oportunidade para a educação sanitária de pacientes e famílias, àquela época em especial a higiene individual, pré-natal, infantil e em idade escolar.

Na década seguinte foram instalados centros e postos de saúde para atender, de forma rotineira, a determinados problemas de saúde. Baseados nos saberes tradicionais da biologia e da epidemiologia, estes serviços eram organizados por programas como pré-natal, vacinação, puericultura, tuberculose, hanseníase, dentre outros. Por desconsiderar aspectos sociais e as diferentes manifestações da doença, bem como características regionais, foram denominados de Programa Vertical (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007). Nesta mesma década, as CAPs passaram a ser Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), que dispunham de rede própria de serviços (ambulatorios e hospitais), para atendimento das doenças e recuperação da força de trabalho.

Na década de 40, como parte do esforço de guerra, em convênio do governo federal com a Fundação Rockefeller, foi criado o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública, hoje Fundação Nacional de Saúde. Houve ampliação dos postos de saúde que propunham articulação entre ações preventivas e curativas, ainda direcionado a

doenças infecciosas, carenciais e programas verticais (MENDES, 2012). A assistência médica previdenciária, assim como a organização dos hospitais estaduais e universitários, se estruturou com base no modelo biomédico, voltado para a atenção individual, com a valorização das especialidades médicas e do cuidado hospitalar (SILVA JÚNIOR; ALVES, 2007).

A partir do Golpe Militar de 1964, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que permanecia oferecendo assistência médica individual, com as ações de saúde pública sob a responsabilidade dos governos estaduais e do Ministério da Saúde (MS), criado em 1953. O período impulsionou a expansão do setor privado, que vendia seus serviços médicos e hospitalares para a Previdência, bem como o consumo de medicamentos e equipamentos. As ações de atenção primária foram ampliadas pelas secretarias estaduais, ainda no modelo de prevenção de determinadas doenças, e atenção médica voltada para casos específicos, como o grupo materno-infantil, tuberculosos e hansenianos (MENDES, 2012).

A década de 70 é marcada mundialmente por crise econômica e pelas evidências da ineficiência do modelo biomédico, com respostas insuficientes aos problemas de saúde advindos da urbanização acelerada, como neoplasias, doenças psicossomáticas e crônico-degenerativas, violência e novas doenças infecciosas. No Brasil, o crescimento econômico verificado no período não se refletiu na melhoria da qualidade de vida da população, beneficiando de forma desproporcional os setores mais privilegiados (PAIM et al., 2011). Em 1975, definiu-se um Sistema Nacional de Saúde que prevalecia com a cisão entre a assistência médica individual e as ações coletivas de saúde pública.

A APS, que ganhou destaque com a Conferência de Alma-Ata em 1978, adotou a forma de atenção primária seletiva, oferecendo a medicina simplificada direcionada aos problemas mais comuns de saúde, com extensão da cobertura proporcionada pelo Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), iniciado no Nordeste em 1976 e alcançou abrangência nacional em 1979. O número de Unidades de APS teve um crescimento de 1.255% em uma década, passando de 1.122 em 1975 para 13.739 em 1984 (MENDES, 2012). Este foi um período de importantes experimentações quanto ao modelo de atenção primária,

que em alguns municípios despontaram com base na medicina comunitária, na tentativa de ampliar a atenção à saúde para além dos aspectos individuais e biológicos (CONILL, 2008; PAIM, 2009). A assistência médica previdenciária passou a ser atribuição do INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária, criado em 1977 em substituição ao INPS.

No Estado de São Paulo, a reforma na Secretaria Estadual de Saúde na gestão de Walter Leser, em 1972, criou a Coordenadoria de Saúde na Comunidade – que compreendia as unidades sanitárias e órgãos centrais de epidemiologia e planejamento – e os distritos sanitários, que passaram a organizar a assistência à saúde de uma área definida, com serviços organizados sob a lógica de Programas de Saúde. A organização dos Centros de Saúde buscava associar ações de promoção à saúde e prevenção, reduzindo a atenção à demanda espontânea (YUNES; BROMBERG, 1971).

No cenário de crise política e na saúde estruturou-se em nosso país um movimento pela reforma do setor, alinhado à luta pela redemocratização e um novo projeto de sociedade. A Reforma Sanitária Brasileira (RSB) reuniu diversos setores da sociedade: movimentos de base, sindicatos e setores da classe média, muitos ligados aos partidos políticos de esquerda; profissionais da saúde, pesquisadores e professores universitários defendiam a saúde como direito e uma questão social a ser abordada no espaço público (PAIM, 2009).

Estruturado de forma capilar, democrática, diversa e inclusiva, o movimento da RSB criticava duramente o modelo hegemônico de atenção à saúde, bem como a atenção primária “pobre para pobres”; reivindicava o reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo a perspectiva da atenção integral às necessidades de saúde da população; e propunha novo modelo de democracia, com ideal igualitário que garantia o direito universal e equânime no acesso à saúde, aliado ao poder local fortalecido pela gestão social democrática (FEUERWERKER, 2005).

A redemocratização do país foi alcançada na década 80, e o ideário da RSB foi aprovado na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que delineou a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição de 1988. A saúde

passou a ser, então, direito de todos e dever do estado, mediante os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Àquela época, as Unidades de APS estavam presentes em 2.500 municípios do país, devido às Ações Integradas de Saúde (AIS), que levou a parte da cultura do atendimento médico do INAMPS para dentro das Unidades. Com a nova Constituição, as Unidades passaram para a gestão municipal, alavancando a expansão da APS no país (MENDES, 2012).

O termo Atenção Básica à Saúde (ABS) vem sendo utilizado no país para marcar a crítica à atenção primária simplificada e seletiva oferecida nas décadas de 70 e 80, e ganhou força a partir das normatizações do Ministério da Saúde na década de 90 (CECILIO et al., 2012; GIL, 2006). Apesar de ser assumido como sinônimo de Atenção Primária/Atenção Primária à Saúde na Portaria 2488/2011 que institui a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012), o uso do termo Atenção Básica marca uma diferenciação ideológica, calcada na história do Movimento Sanitário Brasileiro e na construção do pensamento da Saúde Coletiva (CECILIO; REIS, 2017). Os autores reforçam que a defesa por uma ABS universal e resolutiva, capaz de questionar o modelo médico hegemônico, exerceu papel central na construção de nosso sistema de saúde público e universal, caracterizando um projeto tecnopolítico que se propôs a superar as recomendações e formulações técnicas internacionais desde pelo menos Alma Ata, na medida em que milita o direito universal à saúde como uma “estratégia fundamental para uma cidadania ampliada, componente importante de um projeto civilizatório para a sociedade brasileira, capaz de algum modo reduzir as iniquidades que nos assolam há séculos” (CECILIO; REIS, 2017). Pautada nesta diferenciação, o termo Atenção Básica será utilizado neste estudo.

Durante a década de 90, constituiu-se o arcabouço jurídico para a implantação do SUS, com Leis e Normas Operacionais que estabeleceram regras de organização e financiamento, com pouca indução quanto ao modelo de atenção a ser adotado para a ABS (CONILL, 2008; TEIXEIRA, 2003). Em 1994, o Ministério da Saúde, considerando o sucesso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvido no Nordeste do país, sugere o Programa Saúde da Família (PSF) como forma de organização dos serviços de atenção básica (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 1994), com incentivos financeiros estabelecidos a partir da Norma Operacional Básica de 1996 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997b).

O PSF traz em sua concepção aspectos da Programação em Saúde, proposta pautada no uso do planejamento aliado à epidemiologia para a reorganização do processo de trabalho (TEIXEIRA, 2003). Na prática, esta concepção traz como objeto de intervenção dos serviços de saúde as necessidades sociais de saúde, estabelecendo recortes populacionais sobre os quais incidem as ações programáticas (SCHRAIBER et al., 1990). Permanece a tensão entre atenção individual e práticas coletivas, oriundas do modelo médico-sanitário, na medida em que, segundo CAMPOS (1991), se utiliza da clínica apenas em recortes epidemiológicos previamente estabelecidos, abstendo-se de realizar

“uma total recomposição da clínica, no sentido de incorporar rotineiramente procedimentos de promoção e proteção à saúde, bem como questões de educação para a saúde e da saúde mental, tanto para os considerados pacientes como para os ‘comunicantes’” (CAMPOS, 1991).

A Saúde da Família traz para a Atenção Básica a valorização do trabalho multiprofissional, e dos referenciais da Vigilância em Saúde para a produção da integralidade, prevendo, assim, a possibilidade de formulação e implementação de ‘políticas públicas saudáveis’ para a melhoria das condições de vida das populações a partir da realidade territorial, e a reorganização das ações sob responsabilidade do serviço de saúde, sejam elas referentes ao controle de riscos e danos, ou de assistência e reabilitação (TEIXEIRA, 2003).

A Saúde da Família ganhou *status* de “Estratégia” na primeira formulação oficial para a Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006), reforçando o caráter substitutivo nas Unidades de Saúde em que seria implantada. Segundo a Política Nacional de Atenção Básica, a atuação das equipes na busca pela integralidade articula ações de prevenção e promoção à saúde, cura e reabilitação em um território definido, sob o qual tem a responsabilidade de realizar a atenção a saúde de forma programada (sendo definidas como prioridades nacionais: a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes *melitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde do idoso, a saúde bucal, a saúde do idoso e a promoção da saúde), e também à demanda espontânea,

incorporando os dispositivos apontados pela Política Nacional de Humanização (PNH), como o acolhimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com forte influência do movimento “em defesa da vida”, desenvolvido ao longo da década de 90 no LAPA – UNICAMP (CAMPOS, 1991; CECILIO, 1994; MERHY, 1994), o referencial da PNH traz para o cuidado na Atenção Básica a valorização do encontro “profissional de saúde-usuário”, considerando este um espaço privilegiado para o desenvolvimento de tecnologias relacionais – o vínculo –, abrindo espaço para as subjetividades inerentes ao cuidado em saúde. Sob esta perspectiva, faz-se necessária uma mudança radical na organização dos serviços, viabilizando a escuta ativa na busca de identificar as necessidades de saúde de usuários e população (MERHY, 1994). O acolhimento tem espaço central nesta abordagem, trazendo o usuário como protagonista de seu processo de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Com uma nova formulação em 2011, a PNAB reforça o aspecto acolhedor e resolutivo da ABS, caracterizando-a

por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A PNAB de 2011 define novos parâmetros para equipes de apoio, os NASFs (Núcleos de Apoio à Saúde da Família), amplia as possibilidades de conformação das equipes de Saúde da Família, inclusive para comunidades específicas, e enfatiza o papel central da ABS na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), na tentativa de superar a hierarquização e consequente fragmentação da atenção à saúde. Como porta de entrada preferencial do Sistema de Saúde, a ABS é a responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, pelo caminhar do usuário em seu trajeto pela rede de saúde, estabelecendo diálogo com os demais serviços –

sejam eles de saúde ou não –, na composição do complexo arranjo dos planos de cuidado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

O referencial da Clínica Ampliada, proposta como diretriz pela PNH, é subsídio fundamental para a operacionalização do cuidado desejado para a ABS no Sistema Único de Saúde, que tem firmado como importante papel a superação da dicotomia entre as ações clínicas individuais, de cura e reabilitação, e as ações coletivas, historicamente destinadas à prevenção e promoção à saúde. Sua realização prescinde, dentre seus eixos fundamentais: de uma compreensão ampliada do processo saúde-doença; da construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas entre os diferentes profissionais das equipes e com os usuários; da ampliação de seu objeto de trabalho, visto de forma integral e como sujeito do processo de cuidado; e a transformação de meios e instrumentos de trabalho, com arranjos e dispositivos de gestão que permitam comunicação transversal na equipe e entre equipes, e o desenvolvimento de tecnologias relacionais que permitam uma clínica compartilhada, com a escuta do outro e a capacidade de lidar com a expressão de subjetividades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009).

Em 2017 uma nova versão da PNAB foi publicada, em contexto de instabilidade política, crise econômica e de crescente ameaça aos direitos sociais, como os direitos trabalhistas, previdenciários e o próprio direito à saúde. Em seu texto permanecem, inclusive com detalhamentos, os conceitos e atributos esperados para a ABS que vimos sendo incorporados desde as primeiras formulações oficiais, caracterizando-a como

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O papel central da ABS na conformação e configuração das RAS é evidenciado, como porta de entrada preferencial, coordenadora do cuidado e ordenadora das ações e serviços disponibilizados na rede. A formulação salienta a oferta de uma ABS integral e gratuita para todas as pessoas, a partir de suas necessidades “e

demandas do território, considerando os condicionantes e determinantes de saúde”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

O destaque atribuído à publicação mais recente da PNAB reside em alguns movimentos destoantes ao que vinha sendo produzido no país, como apontam Morosini, Fonseca e Lima, (2018): a *relativização da cobertura*, com flexibilização no referencial populacional de abrangência das equipes ESF e equipes de AB, e também de sua composição, incluindo o número mínimo de Agentes Comunitários de Saúde (ACSs) por equipe; a *segmentação do cuidado em padrões essenciais e ampliados de serviços*, comprometendo-se com a garantia de ofertas mínimas que, mesmo não especificadas na Política, reflete uma aproximação ao modelo de APS seletiva; o *reposicionamento da ESF e retomada da AB tradicional*, ao passo que mantém a ESF como prioritária, mas reconhece e incentiva outras formas de organização, principalmente na configuração de profissionais e carga horária, e ao prescindir da presença do ACS (que não compõe necessariamente a equipe de AB e pode estar em apenas 1 (um) na equipe ESF); a *integração (ou fusão?) das atribuições dos ACSs e dos Agentes de Combate a Endemias (ACEs)*, que pode representar um esvaziamento de sentido na atuação destes profissionais aliado à sobrecarga de trabalho dos agentes que restarem nas equipes; e, ainda, a *fragilização da coordenação nacional no pacto federativo da saúde*, na medida em que flexibiliza o modelo de atenção e o uso dos recursos destinados aos municípios. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018).

Em linhas gerais, a PNAB 2017 reitera o discurso construído pelas versões anteriores, aprimorando o compromisso com a oferta de cuidado qualificado, em seu sentido mais amplo. De forma ambígua, apresenta novos parâmetros – ou mecanismos indutores – que podem viabilizar o enfraquecimento da ABS em seu papel fundamental de reestruturar e fortalecer a atenção à saúde no Sistema de Saúde em nosso país.

É neste contexto histórico que vem se desenvolvendo a ABS em nosso país, permeado por disputas ideológicas em relação ao seu papel, organização dos serviços, conceitos de saúde e doença, o tipo de oferta a ser feita para o cuidado, o lugar do usuário neste processo, dentre tantas outras. Ao que se pese a multiplicidade de realidades que habitam o cenário brasileiro, amplo e diverso em

extensão, realidades econômicas e sociais, culturais e políticas, que configuram também diferentes formas de lidar com a evolução das modelagens propostas, haveria um “jeito de fazer” a atenção básica? Ou ainda: diante do percurso histórico do conceito de ABS e das diferentes modelagens propostas para sua execução em nosso país, qual é o “modelo” que guia a ação do trabalhador “da ponta”? Quais de suas diretrizes ele incorpora no seu fazer cotidiano e influenciam ou orientam sua forma de cuidar? Estas são as questões que orientam esta investigação.

1.2. Por que fazer esta investigação? (O meu caminho)

O tema “Atenção Básica” permeia meu interesse desde a graduação, no início dos anos 2000. A formação universitária no curso de Fisioterapia pouco me permitiu acessar este cenário, de forma que meu contato inicial ocorreu a partir do diálogo com outros cursos da área da saúde, e da possibilidade de acompanhar ações de educação em saúde na recente implantação do então Programa Saúde da Família no município de São Paulo, àquela época denominado *Projeto Qualis*¹. A busca por alguma atuação na Saúde Coletiva foi possível neste mesmo cenário, quando cursei a Residência Multiprofissional em Saúde da Família, junto a equipes de Saúde da Família da região leste da cidade de SP. Naquele momento, tive contato com a operacionalização do que via na teoria: a prevenção e promoção à saúde, o cuidado continuado do paciente e sua família, e o vínculo que se estabelecia entre estas e a equipe de saúde.

Após a Residência, voltei às ações estruturadas para meu núcleo profissional, em um Centro de Reabilitação da prefeitura de um município de médio porte no interior do Estado, onde atuei por quase 4 anos. Agora como parte integrante da Rede de Saúde, buscávamos a integração com a atenção básica, delegando a ela

¹ QUALIS: Qualidade Integral à Saúde. Nome atribuído ao Projeto que levou o então Programa Saúde da Família à cidade de São Paulo, em 1996, em uma parceria entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual de Saúde e o Hospital Santa Marcelina. As primeiras Unidades foram implantadas na Zona Leste, na região de Itaquera, com expansão no ano seguinte para a Zona Norte e região do Parque São Lucas, em parceria com a Fundação E. J. Zerbini, designada como gerenciadora do Programa. (CAPISTRANO FILHO, 1999). O autor destaca que “a implantação do Qualis/PSF começou por onde deveriam ter início todas as iniciativas de renovar nosso sistema de saúde: pela mobilização da comunidade.” (CAPISTRANO FILHO, 1999).

as ações de prevenção e promoção à saúde funcional da população que atendíamos.

A possibilidade de atuação e intervenção nos processos de trabalho das equipes da atenção básica ocorreu na experiência seguinte, quando fui Apoiadora em Saúde no município de São Bernardo do Campo. A prática do apoio institucional favorecia a reflexão contínua das práticas de cuidado junto às equipes de saúde, com ênfase na ampliação do papel da ABS, conforme a Política Nacional de Atenção Básica vigente à época (PNAB, 2011), recheada dos conceitos da PNH como o acolhimento e a clínica ampliada. Com o foco para a Rede de Saúde, a coordenação do cuidado, a clínica ampliada, o vínculo e a resolutividade eram elementos cruciais para o cuidado, extrapolando a prática na Unidade Básica de Saúde baseada em oferta de consultas agendadas e grupos de prevenção de agravos.

“Tomada” por esta experiência extremamente rica, que permitia a discussão das práticas e da visão de saúde junto às equipes, pude seguir para um novo trajeto, agora como gestora no Departamento de Atenção Básica de um município de grande porte, na região metropolitana de São Paulo. Nesta função, participei ativamente da implantação de 40 novas equipes de Saúde da Família, partindo de uma realidade anterior de 4 equipes atuando em região rural da cidade. Neste novo cenário, me deparei com uma rede de Unidades Básicas de Saúde organizadas na forma “tradicional”, com oferta de consultas programadas associadas a ações de prevenção e promoção à saúde, com alguma inserção no território devido à presença de Agentes Comunitários de Saúde em poucas regiões da cidade. Uma situação contraditória, pois apesar de um marcado “discurso preventivista” (“*nosso papel é a prevenção e a promoção*”), o que se observava era uma atenção centrada em consultas médicas e odontológicas e, quando muito, a realização de grupos com ações de educação em saúde para determinadas situações de saúde e doença (ex: gestante, hipertensão, planejamento familiar, etc), nem sempre com uma boa articulação com a clínica. Destacava-se a pouca permeabilidade a uma visão mais ampla de cuidado, principalmente em relação aos seus aspectos mais subjetivos, como a valorização do vínculo, da escuta qualificada, e da atenção à saúde como uma produção conjunta entre trabalhador e usuário, com respeito e ampliação de

sua autonomia e seu modo de andar a vida. Parecia haver ali, de fato, uma disjunção entre as recentes formulações para a ABS e o que gestores e trabalhadores consideravam ser o seu papel.

Foi nesse contexto que me engajei, como gestora, na tentativa de implantação de um modelo que propunha a ampliação do conceito de ABS, qual seja, uma ABS capaz de garantir o cuidado centrado na identificação e acolhimento das necessidades de saúde de usuários e suas famílias, tendo como estratégia central a combinação ativa e criativa de ações “curativas” e “preventivas”, tomando como eixo o acolhimento generoso das demandas dos usuários, em todas as suas manifestações, tal como previsto na PNAB. Tal tarefa colocava novos desafios para a gestão e organização dos processos de trabalho, em particular, a “produção” de um novo trabalhador da saúde capaz de colocar em prática, do modo mais completo possível, e tendo em conta suas condições concretas de trabalho, tais diretrizes.

Ao mesmo tempo em que me dedicava de corpo e alma nesse projeto, pude participar do Grupo de Pesquisa em Política, Planejamento e Gestão ligado ao Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal de São Paulo. No período que vai de 2013 a 2016, o grupo se dedicou à pesquisa *A Atenção Primária à Saúde como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde: as perspectivas de seus profissionais e usuários* (CECILIO; ANDREAZZA, 2016), cujo foco era se aproximar do cotidiano da ABS, buscando uma melhor compreensão do já conhecido distanciamento entre o preconizado pela política de saúde, e o que realmente acontece na prática diária do serviço. Participar desse grupo de pesquisa, teve uma sinergia muito grande com meu trabalho, e, em boa medida, foi a motivação maior para a realização do presente estudo.

Vários trabalhos acadêmicos foram produzidos por meus colegas de pesquisa a partir do material empírico da investigação, sendo desenvolvidas cinco dissertações de mestrado (o encontro profissional-usuário (MELO, 2015), os processos microrregulatórios na Unidade de Saúde (OLIVEIRA, 2015), o trabalho do ACS (BARROS, 2016), a relação público-privado na gestão de serviços da ABS (BRAGAGNOLO, 2017), e a assistência farmacêutica (MAXIMO, 2017) e uma (01) tese de doutorado, abordando a prática do médico na ABS (REIS, 2015). À medida que o extenso material ia sendo revisitado e apropriado nos vários estudos,

percebia-se que havia ainda muitas possibilidades de explorá-lo, inclusive com muitos registros referentes aos diferentes modos como trabalhadores e mesmo gerentes compreendiam qual era papel da ABS. Esse se tornou meu interesse principal.

Em meu caminhar na ABS, de aproximadamente dez anos, presenciei diferentes cenários e contextos, bem como grandes mudanças no que se espera dos serviços da rede básica, cada vez mais recheado de diferentes processos de trabalho, responsabilidades, necessidades de formação e de informação dos trabalhadores, atribuições burocráticas e informatizadas, o vínculo com o usuário e a corresponsabilização, a coordenação do cuidado e articulação com a rede de saúde... um emaranhado de atribuições que não necessariamente vinham acompanhadas de sentido para o trabalhador que opera o cuidado “na ponta”.

Assim, as questões colocadas para este estudo são: Diante das mudanças e das inúmeras possibilidades de “Atenção Básica” que ocorrem em nosso país, o que pensam os trabalhadores sobre o papel da ABS? Estas concepções influenciam sua prática? Como?

2. OBJETIVOS

Diante do exposto, pretendo, com este estudo:

- Caracterizar o que os trabalhadores consideram ser o papel da Atenção Básica;
- Identificar se, e de que modo, tais concepções influenciam seu trabalho.

.

3. PRESSUPOSTOS E JUSTIFICATIVA

Para seguir neste caminho, parti dos seguintes pressupostos:

- a. Persiste um “discurso preventivista²” entre os trabalhadores da ABS, a despeito da proposta de ampliação das responsabilidades da atenção básica contemplada na PNAB;
- b. Há uma disjunção entre a formulação da Política para a Atenção Básica e sua compreensão e adesão pelos trabalhadores;
- c. Os sentidos que os trabalhadores dão para o que seja “Atenção Básica” norteiam suas práticas e, logo, interferem no cuidado em saúde.

Tais pressupostos se justificam pela observação que pude fazer durante meu caminhar pela atenção básica em diferentes realidades, como apontei anteriormente, e por meu contato com o material que ia sendo produzido em sete unidades básicas estudadas na pesquisa matriz.

² Neste estudo entende-se por “discurso preventivista” a construção histórica do movimento ideológico da Medicina Preventiva, citado anteriormente, que valoriza, e privilegia, as ações destinadas à prevenção em seus diferentes níveis e, por conseguinte, a promoção à saúde. Admite-se que tal discurso, assim como em sua origem na primeira metade do século passado, carrega uma contraposição à Medicina Curativa. Como aponta Arouca (2003), o Movimento Preventivista, abriu uma contestação à prática médica em vários níveis: em sua ineficiência, devido à centralidade da intervenção terapêutica; da especialização crescente, reduzindo o ser humano a sistemas e órgãos; ao enfoque predominantemente biológico; das relações da medicina com a sociedade, com a valorização do raro ao predominante; e à educação médica, dominada pela ideologia curativa. (AROUCA, 2003). Este discurso exerceu forte influência na fundação do campo da Atenção Básica à Saúde.

4. METODOLOGIA

Esta investigação fez uso dos “dados” secundários da pesquisa “*A Atenção Primária à Saúde como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde: as perspectivas de seus profissionais e usuários*”, realizada com recursos da FAPESP, cujos objetivos e produtos acadêmicos foram citados anteriormente.

A pesquisa “matriz” foi realizada com metodologia qualitativa, de recorte etnográfico, em sete Unidades Básicas de Saúde (UBS) localizadas nas cidades de São Paulo, Campinas e São Bernardo do Campo. No Quadro 1, abaixo, há algumas informações sobre as UBSs, como o modelo em que atuam e número de equipes, dentre outras. Em cada uma destas unidades havia um pesquisador que realizou suas observações por um período que variou de dez a doze meses, de oito a doze horas por semana. A abordagem metodológica propiciou uma vivência muito íntima com o cotidiano dos trabalhadores, favorecendo o acesso privilegiado às suas práticas e aos sentidos que dão ao seu trabalho.

Quadro 1: Características das UBSs estudadas.

| UBS | Município | Breve descrição do modelo atual da UBS e do tipo de gestão. | Número de equipes ESF | Tempo de Funcionamento da UBS em 2017 |
|-----|-----------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------|
| A | Campinas | ESF- administração direta | 4 equipes | 39 anos |
| B | Campinas | ESF - administração direta | 4 equipes | 17 anos |
| C | São Bernardo do Campo | ESF ampliada com clínico, ginecologista/obstetra, pediatra para matriciamento – administração direta | 3 equipes | 43 anos |
| D | São Bernardo do Campo | ESF ampliada com clínico, ginecologista/obstetra, pediatra para matriciamento – administração direta | 3 equipes | 22 anos |
| E | São Paulo | ESF - administração mista (OSS para recursos humanos e direta para questões infraestrutura – modalidade convênio) | 5 equipes | 8 anos |
| F | São Paulo | Tradicional – administração direta (no mesmo local há um Núcleo Integrado de Reabilitação (NIR) administrado por OSS) | Não tem | Não sabe informar |
| G | São Paulo | ESF – administração por OSS. Conta NASF e divide o espaço da unidade com um Centro de Especialidades sob a gestão da mesma gerente da UBS. | 4 equipes | 15 anos |

Os pesquisadores registravam suas observações em “diários de campo” compartilhados com todo o grupo de pesquisa em site da pesquisa, e trazidos e

debatidos em seminários realizados quinzenalmente. Após cada seminário, eram produzidas “Notas” pelo coordenador, ou outros participantes, sempre buscando sínteses e novos modos de sistematização do material empírico. Outro “subproduto” de tais seminários era o aguçamento da capacidade de observação e escuta por parte dos pesquisadores. Com o objetivo “dar voz” aos trabalhadores das unidades básicas e, assim, “ampliar a lateralidade³” da investigação, foram realizados “Encontros Compartilhados” com membros das equipes locais. Nesses seminários, eram apresentadas cenas registradas pelos pesquisadores e abria-se uma discussão livre com todos os presentes. Neste percurso, novos ângulos de observação eram produzidos, e emergiam novos e surpreendentes sentidos para o que havia sido registrado.

Particpei da pesquisa-matriz como integrante do Grupo, e presenciei quase todos os seminários de pesquisa e seminários compartilhados. Apesar de não ir “direto ao campo”, ou seja, de não ser uma dentre os pesquisadores que frequentavam o cotidiano da UBS, a metodologia utilizada propiciou a constante construção compartilhada do material empírico, seja pelo aguçamento do olhar dos pesquisadores de campo, seja pelo aprofundamento que produzíamos acerca das observações a cada encontro.

Para a estruturação, organização e discussão dos resultados, foi realizado diálogo com os documentos oficiais que estabelecem diretrizes e políticas para a atenção básica no nosso país – em especial as versões da Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, 2012, 2017), as publicações acerca da Política Nacional de Humanização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, 2008, 2009, 2010a) e normativas referentes à organização do Sistema de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a) e da Rede de Atenção à Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b).

³ O conceito de lateralidade é utilizado aqui com o sentido indicado por Kastrup e Passos (2013), que colocam este como um primeiro movimento de inclusão, característico da pesquisa cartográfica, uma “pesquisa-intervenção.” (KASTRUP; PASSOS, 2013). Para os autores, garantir “a participação dos sujeitos envolvidos na pesquisa cartográfica significa fazer valer o protagonismo do objeto e a sua inclusão ativa no processo de produção de conhecimento, o que por si só intervém na realidade, já que desestabiliza os modos de organização do conhecimento e das instituições marcados pela hierarquia dos diferentes e pelo corporativismo dos iguais. A pesquisa deixa de ser produção de conhecimento do sujeito cognoscente sobre o objeto, do pesquisador sobre o campo, para ser ação de “estar com” ou de transversalidade em um plano comum.” (KASTRUP; PASSOS, 2013)

O material empírico utilizado para esta dissertação, disponibilizado no site específico da pesquisa, foi “garimpado”, num processo sistemático de “copia e cola” nas 563 páginas dos 192 diários de campo, de cenas que apresentavam: 1. comentários dos trabalhadores sobre as diretrizes oficiais para a atenção básica, ou como a “reinterpretavam”; 2. registros de componentes do processo de trabalho e/ou modos de se organizar o cuidado que, em princípio, são estabelecidos pela política do Ministério da Saúde. Nesta exploração do “banco de dados” da pesquisa, ou melhor, de seu “arquivo de registro de cenas”, busquei identificar situações que pudessem subsidiar as respostas para as questões trazidas nesta investigação: quais os sentidos que os trabalhadores dão para a política de atenção básica e como tais sentidos influenciam (ou não) a organização do seu trabalho cotidiano.

A leitura e reflexão sistematizada do material da pesquisa, em diálogo com as diretrizes oficiais para a atenção básica, propiciou o agrupamento, em um primeiro movimento, de cenas que “falam” do papel da Atenção Básica na concepção dos trabalhadores, e o quanto tal concepção ou concepções, pois na verdade elas são múltiplas, modelam ou influenciam o modo como realizam seu trabalho. Para responder às perguntas norteadoras do estudo, foram selecionadas cenas que traziam, de algum modo (seja na fala ou na ação), os diferentes elementos, diretrizes e dispositivos apontados nas formulações oficiais para a Atenção Básica, admitindo serem estas uma espécie de “porta-vozes” do que os trabalhadores pensam acerca do tema.

Os diferentes sentidos e práticas registrados nos diários de campo, em um segundo movimento, foram postas lado a lado por semelhança e/ou contiguidade, permitindo a construção de diferentes “planos de visibilidade” como está sendo trabalhado nesse estudo (CECILIO; ANDREAZZA, no prelo).

O conceito de “plano de visibilidade” foi admitido a partir da experiência do Grupo de Pesquisa durante a realização da pesquisa matriz, em uma primeira aproximação analítica com o extenso material empírico:

“[...] a partir da leitura e discussão das cenas registradas na unidade em foco em cada seminário, era possível para os demais cartógrafos irem fazendo conexões com cenas parecidas registradas em outras unidades: havia cenas que se conectavam entre si [...]. Daí que produzimos o conceito de *planos de visibilidade*, ou seja, aquilo que

ia se “revelando”, tornando visível/dizível a partir das conexões de cenas. Nessa etapa, vislumbrávamos ter, ao final da pesquisa, um conjunto de planos de visibilidade, algo como ir acessando ao *mundo-que-fica-de-fora* através de tais planos.” (Notas dos Seminários de Pesquisa, grifos do autor).

A utilização dos planos de visibilidade tem por objetivo deixar visíveis aspectos do cotidiano do serviço, das relações entre trabalhadores e usuários e dos trabalhadores entre si, tensões, criações, momentos de cuidado, mas também de descuido, que nem sempre são imediatamente visíveis numa observação mais corrida da unidade. A abordagem etnográfica adotada na pesquisa tem como mérito maior propiciar este contato íntimo e prolongado com os sujeitos institucionais – os trabalhadores e as pessoas que buscam o cuidado – e, através dele, iluminar elementos da micropolítica organizacional.

4.1 Aspectos Éticos

O presente estudo faz parte da pesquisa matriz “*A Atenção Primária à Saúde como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde: as perspectivas de seus profissionais e usuários*”, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa no dia 30/08/2013, com número de parecer 369.809. Ainda assim, este projeto foi submetido ao CEP da UNIFESP, com aprovação em 18/10/2017, parecer número 2.336.119.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os planos de visibilidade foram constituídos a partir da metodologia descrita, propondo um certo “modo de olhar” para a diversidade e multiplicidade de cenas que guardavam alguma relação com as questões norteadoras da investigação. São esses “planos de visibilidade” que serão apresentados e problematizados nesse capítulo, a saber⁴:

Plano de Visibilidade 1: Os limites do arsenal diagnóstico/terapêutico da Medicina tecnológica para “dar respostas” para os problemas sociais;

Plano de Visibilidade 2: Escuta qualificada: ora sim, ora não;

Plano de Visibilidade 3: A abordagem moralista do cuidado;

Plano de Visibilidade 4: O trabalho interdisciplinar nem sempre acontece;

Plano de Visibilidade 5: Prevenção/promoção à saúde ou cuidar das doenças? Afinal, qual o papel da ABS?;

Plano de Visibilidade 6: Demanda sem fim por atendimento, oferta limitada de atendimento.

Vale antecipar que os Planos de Visibilidade, mesmo mantendo uma “marca” ou uma “identidade” própria, conectam-se entre si, “rizomaticamente”, através de múltiplos “nós” – pontos de intersecção –, de modo que, ao final, podemos projetar uma figura multidimensional da organização. Seria como um desenho do

⁴ A fim de facilitar a leitura e compreensão dos elementos apresentados neste capítulo, a formatação do texto está definida da seguinte forma:

| | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| Cenas dos diários de campo dos cartógrafos e dos Seminários Compartilhados | Fonte 11, alinhamento à direita, recuo de 4 cm, espaçamento simples |
| Trechos destacados pela autora no material empírico | Fonte 11, alinhamento à direita, recuo de 4 cm, espaçamento simples, em negrito |
| <i>Reflexões dos pesquisadores durante a observação, contidas nos diários de campo</i> | <i>Fonte 11, alinhamento à direita, recuo de 4 cm, espaçamento simples, em itálico</i> |
| [Termos adicionados pela autora, para facilitar a compreensão da cena ou omitir nomes] no material empírico | Fonte 11, alinhamento à direita, recuo de 4 cm, espaçamento simples, entre colchetes |

funcionamento da Atenção Básica, pelo menos naquelas dimensões e conexões que o estudo, com todos os seus limites, permitiu alcançar.

5.1. Plano de Visibilidade 1: Os limites do arsenal diagnóstico/terapêutico da medicina tecnológica para “dar respostas” aos problemas sociais.

Os limites da ação intersectorial. A impotência da equipe frente a várias “situações sociais”.

“O problema é mais embaixo, e a solução não é consulta médica”. (Gerente da UBS E)

A capilaridade da ABS a coloca em contato direto com o território e, assim, com suas complexidades. As equipes acompanham realidades que incluem situações de violência e vulnerabilidade social, que quase sempre extrapolam sua capacidade de resposta.

[Em conversa com a gerente] Perguntei a ela o que considerava particular da AB considerando a experiência profissional dela em diversos tipos de serviços de saúde. Ela falou sobre a importância do trabalho em equipe, da hierarquia (classificada por ela como problema, mas necessária), e como é fundamental para o trabalho na AB a escuta do ACS. Falou da variedade de problemas que chegam à UBS, questões muitas vezes que extrapolam a governabilidade do profissional da saúde, das questões sociais, da proximidade com a vida das pessoas, seus familiares, sua casa, seu cotidiano, o que não acontece no hospital, e por isso um maior envolvimento e uma maior complexidade: **“O problema é mais embaixo, e a solução não é consulta médica!”**. (UBS E, pág. 33).

Diante destes casos a equipe se vê, muitas vezes, com pouca potência, despertando diferentes posicionamentos na composição – ou não – de possibilidades de cuidado:

[No acolhimento] E de repente entra uma senhora (V), com certa idade, muito rápido na sala com uma criança no colo. A auxiliar (M) perguntou o que estava acontecendo, ela falou que a criança não está muito bem, e ela não aguenta ver, pegou a criança da casa do sobrinho e a trouxe. A enfermeira (M) perguntou se ela avisou alguém que iria trazer a criança e ela falou que não, mas que a mãe, vocês sabem, está por aí.

Elas pediram para a senhora (V) ficar calma que a médica já ia ver a criança por que ela estava muito nervosa, e trouxe a criança sem documentos, falou que passou na frente da casa do sobrinho e viu

que ela não estava bem. Elas encaixaram e fizeram o acolhimento. A pediatra (K) entrou na sala e viu a criança e falou que a medicou semana passada, ela pegou o prontuário e a levou para a consulta.

As auxiliares (Z) e (M) começaram a contar a história da criança que chegou com a senhora (V). Elas falaram que a mãe vive na rua, é usuária de drogas e usou drogas a gravidez inteira, e o pai que é sobrinho da senhora (V) está preso. A menina estava internada com pneumonia, saiu faz um mês. Elas falaram que é muito duro ver essa situação. A pediatra (K) voltou do atendimento e falou: **“não sei o que fazer acho que tenho de acionar o conselho tutelar, senão eles só vão perceber quando ela for maior ou acontecer coisa pior, a mãe já perdeu a guarda dos outros filhos”**. A pediatra falou que tem medo e as auxiliares também. (UBS A, pág. 15)

Nessa cena, a equipe se depara com seus limites de atuação, e a alternativa de acionar o conselho tutelar surge como possibilidade. Em outras situações, as equipes exploram diferentes abordagens, como o incentivo ao trabalho intersetorial, com destaque aos equipamentos da Assistência Social:

[Na reunião geral] Agente comunitária reclama que não tem informações suficientes para orientar uma gestante a procurar o Bolsa-família. “Onde ela deve ir?”

A orientação do Depto (Departamento de Atenção Básica, DAB) é que deve-se procurar o CRAS (Centro de Referência da Assistência Social). O órgão tem sofrido mudanças recentemente e os agendamentos tem sido de até 2 meses. É importante contar com outras alternativas, como encaminhar as famílias que não se enquadram no Bolsa-família para as diversas oficinas que o município oferece. O departamento relembra o papel da saúde para a equipe: **“Cabe a nós orientar, propor um planejamento da maternidade. Mas é importante saber que não podemos nos sentir na obrigação de dar conta de tudo”**.

Agente retruca: **“Então temos que deixar o coração em casa!”** E conta um caso de uma gestante que está próxima de dar à luz e ainda não tem roupinhas para o bebê, e que ela está tentando conseguir o enxoval.

A técnica do DAB frisa que há uma diferença entre a abrangência do papel da agente e da cidadã. Lembra que houve uma mudança do PACS para a estratégia da família e, portanto, há resistências. É preciso que a equipe possa dar uma chance a nova proposta e ter olhar mais amplo da saúde. **Passar a trabalhar em rede, com intersetorialidade. Afinal, só a saúde não dá conta dos desafios sociais**. (UBS C, pág. 4)

A fala da técnica do DAB reflete o preconizado pelas formulações oficiais, que em sua última versão da Política Nacional de Atenção Básica (MINISTÉRIO DA

SAÚDE, 2017), reforça como característica do processo de trabalho da ABS a promoção da

“atenção integral, contínua e organizada à população adscrita, com base nas necessidades sociais e de saúde, através do estabelecimento de ações de continuidade informacional, interpessoal e longitudinal com a população. A Atenção Básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, resolutive e que contribua para o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de atenção à saúde. Para o alcance da integralidade do cuidado, a equipe deve ter noção sobre a ampliação da clínica, o conhecimento sobre a realidade local, o trabalho em equipe multiprofissional e transdisciplinar, e a ação intersetorial.” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A ampliação do conceito de saúde coloca novos desafios para a oferta da atenção integral, conforme previsto na Política de saúde. Para alguns profissionais, atuar nessa perspectiva é gratificante e necessário. Na cena seguinte, uma antiga ACS – que hoje atua como voluntária na mesma UBS – nos aponta estes aspectos que, para ela, ficaram no passado:

[Durante um grupo terapêutico entre as ACSs] Elas também falavam sobre a sua vida pessoal, misturando com a vida do trabalho, como se fosse duas faces da mesma moeda e no caso das ACS's, de fato é. Falam sobre a sua falta de privacidade, mas que antes não se incomodavam, mas agora sim. Antes sabiam que era importante e aprenderam assim, que **“saúde é muito mais do que ausência de doença”, sabiam que tinham que se preocupar com a vida da comunidade. Não deixavam as crianças ficarem sem ir pra escola, falavam com os pais e faziam articulação com as escolas; ajudavam articulando doações para pessoas que necessitavam etc.** Agora elas nem podem mais fazer isso por ordens da gestão. (UBS G, pág. 37)

A proximidade com a realidade cotidiana da população que atende coloca os trabalhadores, por vezes, perante o sentimento de impotência. As situações de extrema complexidade, como os eventos narrados na cena que segue, trazem para a Unidade demandas que exigem um cuidado e atenção amplificados, e que nem sempre são oferecidos pelas equipes. As limitações são enunciadas pelos profissionais, que sentem a ausência da “equipe da mental”, ou buscam simplificar a queixa trazida:

[Uma das cidades onde foi feita a pesquisa] passou por dias muito violentos nesse início de 2014. Após a morte de um policial, 15 jovens da periferia foram mortos violentamente, em frente aos familiares. Tudo leva a crer que foi uma vingança de policiais provocada pela morte do colega. Em resposta, os moradores dos

bairros organizaram manifestações onde atearam fogo em carros e ônibus e ainda ameaçaram queimar prédios públicos.

Na semana seguinte, chuvas intensas caíram sobre a cidade, danificando e destruindo casas, árvores e outras estruturas, principalmente nos bairros afastados.

Só na região da [UBS], 5 jovens foram mortos. Homens mascarados invadiram suas casas, os colocaram em frente a um muro e atiraram.

Essa história foi sendo contada aos poucos pelos trabalhadores da unidade, no decorrer dos dias em que eu estava lá. Logo na chegada à unidade, a árvore em frente estava caída, por pouco não bloqueia a porta de acesso à [UBS]. A coordenadora estava incomodada com a demora da prefeitura em solucionar isso. Já fazia dois dias, e nada ainda. Ela também estava a caminho de uma reunião na secretaria de saúde solicitar apoio do distrito na ajuda às famílias que estavam em sofrimento. Recentemente, a [UBS] perdeu a psicóloga que ali trabalhava e a residente em Terapia Ocupacional estava em férias. Isso gerava nos trabalhadores uma sensação de incapacidade em resolver esses casos. Essa sensação já era muito forte entre eles, agora sem a “equipe da mental” e com esses acontecimentos, a sensação aumentou muito. Quase diariamente algum familiar procurava a unidade de saúde em crise.

“Eu não sei lidar com esses casos de saúde mental” me afirmou uma enfermeira semanas antes dos ocorridos. Agora, eu ouvia isso de praticamente todas as equipes.

Em uma das tardes em que estava lá, chegou uma jovem de 14 anos, irmã de um dos jovens mortos. O auxiliar de enfermagem me conta com certo desdém “essa está sempre aí! Ontem mesmo já veio! **Mas não é nada, só está nervosa!**”. O segurança, que estava ao lado, se mostra mais sensível e me conta sobre a menina “ela perdeu o pai muito cedo, a mãe está presa. Ela já tinha perdido um irmão morto por tráfico e agora acabou de perder mais um”. (UBS B, pág. 46)

Nessa cena, vê-se como todos os trabalhadores de uma unidade básica, em princípio, fazem clínica, no caso, o segurança, que se mostrou com mais capacidade de escuta que o próprio profissional de saúde. A cena continua, com a escuta do próprio pesquisador, diante da dificuldade do médico da equipe em atender a paciente, devido à sua agenda estar repleta de atendimentos:

Fui conversar com a moça. Ela estava na sala de urgência da unidade já fazia 10 minutos, e nenhum médico havia avaliado o caso. A sogra estava com ela no momento. A menina de 14 anos chorava sobre a maca enquanto segurava a mão da mulher. Quando percebi, já estava sabendo de toda a história e nenhum médico havia chegado.

O médico que deveria fazer o atendimento estava com muitos pacientes já agendados. Perguntei a ele se gostaria que eu

realizasse o atendimento, para ajudá-lo. Ele aceita na mesma hora, percebi que ela já sabia do que se tratava (a menina esteve lá no dia anterior pelo mesmo quadro). (UBS B, pág. 46)

De fato, a presença de profissionais com a formação do núcleo da “saúde mental” parece ampliar as possibilidades de cuidado nos casos complexos:

[Em conversa com a ACS] Perguntei qual caso que mais mexeu com ela nestes meses de trabalho, e ela fez o relato de uma mulher de sua área que tem 4 filhos com deficiência mental. Após o nascimento do primeiro filho, ela tentou outras vezes, pois “queria um que pelo menos possa andar”. Assim, o marido abandonou a mulher e os quatro filhos, e só aparecia às vezes “para namorar”. Para ela, a menina mais nova é a mais grave, e fica deitada de bruços o dia todo. A família sobrevive com auxílio de vizinhos e da pastoral. **Perguntei sobre benefícios e o bolsa-família, mas ela não soube informar.**

Com o final da reunião as pessoas saíram da sala, e a psicóloga do NASF se aproximou, perguntando de qual caso se tratava nossa conversa. A agente lembrou-a do caso, e **então a ela pediu que a agente trouxesse o caso para discussão novamente na próxima reunião do NASF. A psicóloga passou a data afirmando que a situação não poderia ficar assim.** (UBS E, pág. 13)

Proposto com o objetivo de ampliar a resolutividade das equipes da ESF, o NASF, Núcleo de Apoio à Saúde da Família, agora Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) tem como um de seus objetivos atuar “a partir de problemas, demandas e necessidades de saúde de pessoas e grupos sociais em seus territórios, bem como a partir de dificuldades dos profissionais de todos os tipos de equipes que atuam na Atenção Básica em suas análises e manejos” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017). Percebemos, como nos mostra a cena seguinte, que os desafios colocados por algumas situações complexas também representam dificuldade para estas equipes, que encontram na assistente social os recursos para lidar com estas situações:

[Reunião do NASF com a equipe] Depois de alguns minutos todos se reuniram, e a enfermeira disse que tinha um caso para passar. Foi contando do caso e a fisio e a GO identificaram que se tratava de um caso “social” (caso de uma mulher hipertensa com uma valvulopatia, falta de ar, restrita ao lar. Convívio familiar conturbado, netos e filhos moram juntos mas segundo ACS só querem aproveitar da mãe e não cuidam dela. Neta dá medicações de maneira errada, se sente abandonada. Necessitaria de fraldas, e algum transporte para vir até a UBS fazer exames de rotina). **(T) lembrou a equipe de que elas estavam ali para discutir casos relacionados à saúde de mulher, e outros temas deveriam ser discutidos com a assistente social, na discussão temática com o NASF sobre os casos “sociais”.** As

ACS ficaram realmente incomodadas com a negativa da GO, e cochicharam umas com as outras. (UBS E, pág. 57)

As equipes buscam possibilidades, mas reconhecem sua pouca capacidade em concretizá-las pela pouca disponibilidade de ofertas. Interessante destacar que, apesar da tentativa de membros da equipe em alargar as propostas, a pesquisadora em campo sente que, de fato, *“os funcionários creem que o usuário não merece tanto cuidado”*, o que nos coloca novas questões:

[Na reunião de equipe] Chego 30 minutos depois do início. Estão falando sobre caso da Joana (este é o caso que escolheram para desenvolver um trabalho de PTS em equipe). (...)

Ao falar de um caso em que o sujeito é usuário de drogas, discute-se o preconceito em torno da questão. **“O fato é que não temos estrutura para ajudar se eles quiserem realmente” – diz uma ACS. “O CAPS não dá conta de tudo”. (...)**

Um dos residentes explica ao grupo o que é o CAPS, no sentido que é uma proposta para além da saúde, de suporte social.

Psicóloga questiona que a equipe tem que pensar o que podem fazer na UBS.

ACS conta que vai começar a dar aula de crochê com outra ACS e que cada usuária pode trazer seu material.

Psicóloga ressalta a importância desse tipo de grupo.

Matriciadora – **“Vocês acham que isso tem relação com o caso da Joana? De busca por uma renda”?**

Psicóloga diz que o espaço da UBS é importante para que um usuário, como Joana, se sinta “pertencida”. Às vezes, o pessoal está muito cronificado e a pessoa não se sente pertencendo”.

Médico – “Ela (Joana) precisa primeiro encontrar o caminho. Nós não sabemos lidar com o tempo das nossas expectativas”.

(Há conversas paralelas durante a reunião)

*Nessa reunião, especialmente, tive um pouco a sensação de que os funcionários ACSs, enfermeiros, etc, **crêem que o usuário não merece tanto cuidado**. Não há um estímulo verdadeiro de cuidar, parece.* (UBS C, pág. 59)

Em algumas situações, outras alternativas incluem o envolvimento pessoal dos trabalhadores, que muitas vezes se sentem limitados em seu papel de profissional da saúde:

[Na visita domiciliar] Conversando com uma das enfermeiras, ela avisa que irá fazer uma visita a uma gestante. **Ela estava**

preocupada que durante a consulta com ela, a paciente deu a entender que não tinha comida para se alimentar adequadamente. Isso a deixou incomodada e optou por fazer uma visita e entender o contexto.

Fomos com o carro da própria enfermeira.

Depois de procurar por um tempo a casa, encontramos, e ela nos recebeu. Ela mora de favor nos fundos de uma casa com mais 2 filhos que estavam na creche. No momento da visita, o marido (pai das crianças) estava presente, apesar dela ter falado que ele havia ido embora e deixado ela com as crianças. “ele voltou?” pergunta a enfermeira. “Chegou ontem, mas parece que não vai ficar” responde ela. Nesse momento, nós havíamos ido ao final do terreno onde ela morava, para que ele não nos escutasse. Logo que soube da nossa chegada, ele entrou no chuveiro. Em momento algum foi nos cumprimentar.

A enfermeira conversa com ela por algum tempo. Anota alguns dados para perguntar na Assistência Social como está a situação dela. Avisa que irá voltar no dia seguinte com comida. Pela presença do acompanhante da paciente, optamos por ficar pouco e logo nos retiramos. **A enfermeira me conta no caminho de volta que ela mesmo irá comprar comida dessa vez.** Como pode demorar para a assistência liberar, ela prefere fazer isso. Ela estava muito preocupada com a moça, mas prefere entender melhor o caso antes de levar para a assistência. Quando perguntei se ela tinha contato com a Assistência Social para discutir esse caso, ela responde “a coordenadora tem”. (UBS B, pág. 53)

Os profissionais, sensibilizados por diferentes situações de vulnerabilidade social, buscam recursos individuais como alternativa. Parece não vislumbrarem outras formas de lidar com tantos problemas e sofrimento.

[Conversa com enfermeira, continuação da cena anterior] Como fiquei sensibilizado não só pelo caso, que demonstrava muita vulnerabilidade, mas também pela preocupação e aflição da enfermeira em poder fazer algo pelo caso, me cobrei para perguntar que desfecho se deu para a situação. Ao perguntar, a enfermeira faz um olhar de desânimo. Ela conta que conseguiu levar os alimentos no dia seguinte à nossa visita, mas que **não pode mais ter contato com o caso. ‘É muita coisa aqui que não nos deixa acompanhar algumas outras coisas importantes’** disse ela entristecida. A acompanhei por mais algum tempo enquanto ela preenchia notificações de dengue e logo precisei sair para o atendimento conjunto que iria presenciar. (UBS B, pág. 63)

Saímos da sala e fomos conversando até a sala do NASF, conversando sobre a violência da história que ouvimos, e a fisio (C) contou histórias de violências que vivenciou trabalhando na atenção básica. Ela contou de uma mulher que levou vários tiros, e foi espancada pelo marido, que era o traficante da comunidade. Ele queimou o rosto da mulher com cigarro. O outro caso que (C) contou foi de um menino de nove anos, que encontrou em outra UBS em

que trabalhou, e conversou com ele no corredor. Ele disse a ela que dormia na rua com a mãe quando ela bebia demais, para que ninguém a chutasse durante a noite. Ela perguntou a ele qual era seu sonho, e ele respondeu com um sorriso no rosto que queria ser veterinário. **Na época, (C) ficou muito mexida e tentou adotar o menino, porém a sua supervisora pediu muitas vezes que não fizesse isso, pois perderia seu emprego. (C) repensou, e quando o menino foi afastado da família convenceu a sua vizinha de ficar com a guarda provisória do menino.** No final o menino voltou para a família e hoje ela não tem mais notícias dele. (UBS E, pág. 59).

O reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, “militado” pelo movimento da RSB e incorporado no texto final da VII Conferência Nacional de Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986), vem orientando as formulações oficiais para a Atenção Básica, na tentativa de superar o modelo biomédico hegemônico que marcou a construção histórica da atenção à saúde em nosso país. (FERTONANI et al., 2015).

As cenas nos conduzem por um caminho de importantes percalços enfrentados pelos trabalhadores na realização deste preceito: em geral, reconhecem a necessidade de uma abordagem ampla, mas muitas vezes se sentem sem ferramentas para executá-las, pedem ajuda para “o pessoal da mental”, ou recorrem aos equipamentos da assistência social, como CRAS e Conselho Tutelar. Há situações em que reduzem sua atuação a uma abordagem biomédica, e em alguns momentos julgam ser este mesmo o seu papel. Em outras cenas, os profissionais se valem de recursos individuais, como uma atitude “cidadã”, ou até de “caridade”, diante do sofrimento que encontram no cotidiano do trabalho. Os relatos de um cuidado mais amplo são diversos, seja na escuta feita pelo segurança da UBS, seja pela ACS que relatava sua dedicação em cuidar da vida da comunidade, articulando as ferramentas do território ligadas à educação, por exemplo.

Um aspecto que chama a atenção é a observação da pesquisadora de que, de fato, parece que “os usuários não merecem tanto cuidado”. Tal percepção, descrita em uma das cenas, nos leva a pensar que esta perspectiva, de um cuidado ampliado, que seja capaz de olhar para as necessidades de saúde para além da queixa biológica, e que necessita de uma abordagem interdisciplinar e de articulação com outros saberes e recursos, sejam da saúde ou não, muitas vezes não faz sentido para o profissional “da ponta”. Parece não haver clareza do quanto essas

demandas são de responsabilidade da “saúde”. Quais os limites de atuação e de responsabilidade dos profissionais com essas questões? E quais ferramentas possuem – ou deveriam possuir – para atuarem sobre esta dimensão?

5.2. Plano de Visibilidade 2: Escuta qualificada: ora sim, ora não. As ofertas do arsenal diagnóstico/terapêutico da Medicina tecnológica quase sempre “substituem” uma escuta mais atenta e qualificada das necessidades dos pacientes. Mas, às vezes, o trabalhador consegue escutar o que o paciente traz como necessidade, colocando-se no seu lugar. Momentos em que se identifica uma “ética do cuidado”: fazer tudo que estiver ao seu alcance para aquele que está na sua frente.

“Você viu? Ele trocou minha medicação!!! Você não sabe a quanto tempo eu sofro de diarreia por causa desse remédio, há anos. (...) Eu reclamava mas ele nunca falou que podia trocar. Esse médico agora é bom. Você viu? Ele até olhou as minhas pernas!! O Outro médico nunca tinha olhado minhas pernas, e nem sempre tirava a minha diabete...” (Paciente da UBS C)

“A médica não conversava com a dona Josefa, ela ficou o tempo todo anotando. A dona Josefa ficou oferecendo água, café e perguntando sobre os exames, apenas as ACS respondiam e conversavam com ela.” (UBS A)

As possibilidades de cuidado na Atenção Básica foram alargadas ao longo dos anos, com a adoção de novas tecnologias e estratégias de abordagem que buscam extrapolar o olhar biomédico, ou as ações simplificadas que marcaram a origem da APS. O conceito de Clínica Ampliada, trazido pela PNH (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009) e adotado nas PNAB desde 2011 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, 2017), é uma dessas tecnologias. Pressupõe a criação de vínculo, a escuta qualificada, a atenção às demandas trazidas pelos usuários e identificação de suas necessidades de saúde para a composição, em conjunto, de seu plano de cuidado.

A complexidade do cuidado em saúde é reconhecida pelos trabalhadores, que em muitas situações conseguem, de fato, cuidar dos que estão sob sua responsabilidade. Nas cenas a seguir, são apresentadas situações que ora mostram pouca capacidade de escuta pelo profissional de saúde e uma marcada insensibilidade para o que o paciente possa estar sinalizando como sua necessidade naquele momento, mas, também, como as equipes conseguem viabilizar, nas suas condições de trabalho, alguma resposta para as necessidades das pessoas.

[Na sala de vacina com auxiliar de enfermagem] Ela fala que tudo se resolve nessa unidade e que poucas pessoas saem tristes com o atendimento. Comenta da importância do ANDA (atendimento a pessoa com AIDS), no seu aprendizado pessoal e profissional, do que é o cuidado. E como isso mudou na sua forma de cuidar. **Ela percebe que ela se coloca em um lugar diferente depois disso no momento da escuta.**

O ANDA lhe teria dado base para enxergar o lugar do outro. Ela fala do exercício de entender o lugar do outro, e isso ajuda a lidar com situações de agressividades na unidade. **Ela fala que procura entender a realidade da pessoa.** “E não é todo mundo que consegue fazer isso. Se a pessoa vier armada para te enfrentar, você consegue desarmar ele”. (UBS B, pág. 21)

A percepção ampliada das necessidades de saúde gera diferentes ações, como na descrição abaixo, em que as ACSs se dedicam a separar as medicações dos pacientes crônicos que têm dificuldade para ler. Poderíamos chamar isso de “tecnologias do cuidado” criadas pela própria equipe. Muitas vezes pequenas iniciativas com forte impacto na qualidade do cuidado.

Enquanto estava na recepção, uma agente comunitária veio me chamar: - Venha ver um trabalho nosso! Dizia ela. Ela me levou para um dos consultórios dos pediatras. Ela e outra colega ACS estavam sentadas ao redor da mesa do consultório estavam a fracionar algumas medicações.

Ela me explicava que **havia alguns pacientes que não sabiam ler ou escrever que moravam na região. Muitos eram pacientes crônicos, por isso, faziam o uso de inúmeras medicações. Por isso, ela resolveu colaborar no tratamento dessas pessoas.** Não entendi o quanto outros trabalhadores estavam envolvidos nisso (o médico talvez). **Mas o que elas faziam era fracionar a medicação e colocar em envelopes, os quais eram coloridos com caneta azul, vermelha e preta conforme o uso dos remédios pela manhã, tarde e noite. Ela afirmava que isso já tinha efetivamente colaborado no controle da doença por esses pacientes.** Um deles deixou de precisar dos cuidados porque ele aprendeu a ler. Ele estava envolvido em um projeto de alfabetização em uma unidade da Secretaria de Assistência Social. Ela expôs que somente ela e sua

nova colega de equipe (outra ACS estava lá há apenas 2 meses) é que faziam aquele trabalho na unidade, mas ela não sabia dizer qual motivo que os outros não assumiam essa tarefa em seus territórios. (UBS B, pág. 8)

Por vezes, as necessidades são identificadas e atendidas, mesmo que silenciadas inicialmente:

[Na consulta com o médico] Uma outra senhora entra. Deve ter sessenta e poucos anos também, é bem magra e alta. Apesar da humildade das roupas e chinelos é uma senhora bem bonita.

Dessa vez o médico faz uma referência mais direta a minha presença: “Essa moça vai ficar aí, mas ela não vai te fazer mal não.” A senhora responde muito educada: “Como um rostinho bonito desse vai fazer mal a alguém?”

Ela não traz nenhuma queixa, como se estivesse fazendo um retorno normal. “Eu sempre meço a pressão e tiro a diabetes, coisas simples que muitos médicos não fazem.”, comenta o Doutor. Quando tira a diabetes, percebe que está bastante desregulada (algo como 520 acho), e pergunta à paciente se andou exagerando no doce. Ela diz que não. Ele pergunta se está tomando o remédio corretamente. Então, a senhora conta que deu uma paradinha por causa da diarreia de dias que tem sofrido por conta da medicação. “Então vamos mudar essa medicação. Você não pode parar. Foi tentar arrumar um problema e causou outro.” A paciente parece ficar muito grata pela troca da medicação. Ele levanta um pouco a sua saia, olha seus pés. “Você tem bons pés.” – diz. “Você vai ficar aqui e tomar soro na enfermaria pra baixar essa diabetes. E amanhã quero te ver de novo. Você estava prestes a passar mal.”

Mais tarde eu vou até a enfermaria. Essa senhora está terminando de tomar o soro. Eu me sento ao seu lado e ela inicia a conversa.

-Esse doutor é bom né...

-Você gosta dele?

-Foi a primeira vez que eu consultei com ele. Ele é meu novo médico da família. Graças a Deus! **Você viu? Ele trocou minha medicação!!! Você não sabe a quanto tempo eu sofro de diarreia por causa desse remédio, há anos.** Eu só parei de tomar um pouco porque não estava aguentando. Tenho que usar toalhinha na calcinha porque vazava cocô. Eu nem estou acreditando....

-Mas você nunca pediu pra trocar o seu medicamento para o outro médico?

-Não. **Eu reclamava mas ele nunca falou que podia trocar. Esse médico agora é bom. Você viu? Ele até olhou as minhas pernas!! O Outro médico nunca tinha olhado minhas pernas, e nem sempre tirava a minha diabetes...**

Eu reforço a importância dela não interromper a medicação assim, tendo em vista como ela ficou. E que é importante questionar o médico, tirar as dúvidas...

Quando ela acaba o soro, está com a glicose mais controlada. Pergunta se eu trabalho ali. “Você trabalha aqui? Que sorte a minha ter te encontrado hoje! Obrigada. Fica com Deus!”. (UBS C, pág. 45)

Nesta cena, fica destacada a surpresa – e satisfação – da usuária por ter uma demanda atendida, mesmo que não tenha sido verbalizada. A realização do exame clínico cuidadoso viabilizou a resposta a uma queixa antiga, a qual não fora atendida anteriormente. Ainda assim, todo o inconveniente gerado por sua situação de saúde foi confidenciado à pesquisadora, e não ao profissional, nos conduzindo ao pensamento de que as consultas de acompanhamento de sua condição crônica não eram espaços para tal, em sua experiência pregressa.

A construção compartilhada de diagnósticos e terapêuticas é um dos eixos fundamentais da Clínica Ampliada (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2009), e implica em considerar o “outro” no complexo arranjo de se produzir saúde. Este aspecto envolve tanto o compartilhamento entre equipes de saúde, ações intersetoriais e a relação profissional-usuário. Na cena seguinte, há um claro exemplo desta abordagem, quando a profissional compartilha com a usuária a decisão acerca da terapêutica utilizada, tomando-a como sujeito protagonista de seu cuidado:

[Visita domiciliar com a enfermeira] A outra coisa foi quanto ao respeito da autonomia da usuária. Rita ia começar a passar “Dersani” na senhora (como a usuária é cega Rita descrevia cada procedimento que vai começar a fazer). Quando ela fala que começaria a passar a pomada, a usuária diz que sente muita ardência, “queima” quando ela passa. Rita orienta que caso a pomada a incomodasse, a outra alternativa seria fazer um pequeno procedimento cirúrgico. **Explica o procedimento e pergunta o que a paciente preferia fazer.** Quando ela escolhe o procedimento Rita com muita tranquilidade diz que vai tentar agendar e que não vai passar a pomada que lhe incomoda. Depois que saímos de lá comento com Rita que achei interessante a sua conduta. (UBS G, pág. 60)

O vínculo entre profissional e usuário é imprescindível para a prática da Clínica Ampliada, e parte de movimentos tanto dos usuários quanto da equipe. Como trazido na PNH, a criação de vínculo por parte do usuário será favorecida

quando ele acreditar que a equipe poderá contribuir de algum modo para a sua saúde e sentir que esta equipe se corresponsabiliza por esses cuidados. Do lado do profissional e da equipe, a base do vínculo é o

compromisso com a saúde daqueles que a procuram ou são por elas procurados, é o quanto aquela pessoa o afeta. O vínculo se estabelece quando esses movimentos se encontram. O vínculo será terapêutico quando contribuir para que graus crescentes de autonomia – modo de “andar” a própria vida – sejam alcançados. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010, p. 16)

Na situação trazida na cena abaixo, a pesquisadora destaca a atitude acolhedora da profissional de saúde. Mesmo diante da realização de procedimentos corriqueiros de seu dia-a-dia, a auxiliar de enfermagem procura estabelecer uma relação de respeito e alteridade com as usuárias, trazendo outros aspectos para a “roda”, indo além do “procedimental”:

Escrevendo agora me lembrei de outros momentos da auxiliar M atendendo a mulheres, como ao aplicar uma benzetacil em uma adolescente de 15 anos que fazia tratamento para sífilis e ela **aproveitou para conversar e aconselhar a menina, quase que como uma filha, apoiando sua decisão de terminar o namoro, uma vez que o namorado se recusou a fazer o tratamento.**

Em outro momento uma mulher de 22 anos que acabava de se descobrir grávida e com ar triste lembrou que tinha uma menina de 10 meses. Desta vez a auxiliar teve tanta pena da mulher que não conseguiu apoiá-la, apenas se solidarizar na tristeza. Mas **o interessante é a mudança no tom de voz, que de firme e seco como normalmente é com pacientes e colegas de equipe, passa a ser delicado e maternal.** (UBS D, pág. 52)

Na cena abaixo, a necessidade de saúde identificada pela auxiliar de enfermagem a leva a tomar atitudes que, a princípio, parecem romper com o estabelecido pela equipe, a despeito dos princípios do SUS. Parece que uma “regra” criada pela equipe não fazia sentido para a profissional:

Entrei na unidade e a auxiliar (M) da equipe azul convida para fazer uma visita, fala que eu gosto de ir a campo. A visita era na rua de cima, no caminho ela conta que a usuária tem convênio médico e é uma idosa com diabetes. A filha dela é paciente do clínico (L) da equipe azul e pediu para ele ver as feridas dela, ele foi e pediu para a equipe ir todo dia trocar os curativos, **ela falou que poderia fazer mais para melhorar a ferida, mas não vai fazer porque não tem o respaldo da equipe por causa do convênio. Ela falou que fica mal por isso, por que o SUS não é nosso papel?**

Durante a visita procura explicar todo o procedimento que está realizando e falando o que poderia usar para melhorar as feridas da usuária. Faltou uma placa de hidrocolóide e eu falei que buscaria na unidade, fui à farmácia pedir para auxiliar de farmácia (N) e ela forneceu o material (...).

Começaram a tratar a senhora porque o convenio está demorando em começar a tratar das escarras que ela tem nos

pés, já faz 15 dias que a unidade está tratando dela. (UBS A, pág. 69)

Em muitas cenas, no entanto, o cuidado segue uma prática protocolar, de uma clínica ainda hegemônica, tensionada pela Política de Humanização.

[Visita domiciliar] Esperamos um pouco na sala, enquanto o amigo da família estava trocando o Sr. Wilson. Como estava demorando a enfermeira (S) entrou no quarto e começou a conversar com ele, cheguei a ir até o corredor, mas como ele estava ainda nu achei melhor voltar e ficar na sala. A clínica (G) que estava sentada no sofá junto com as ACS começou a perguntar sobre os exames do Sr. Wilson. A dona Josefa [esposa] pegou uma pasta cheia de exames e entregou para a medica. **A médica não conversava com a dona Josefa, ela ficou o tempo todo anotando. A dona Josefa ficou oferecendo água, café e perguntando sobre os exames, apenas as ACS respondiam e conversavam com ela.**

Enquanto isso a enfermeira conversava com o Sr. Wilson, ela perguntou como ele estava? Mediu pressão, glicemia e gritou para a clínica (G) para ela anotar: a glicemia estava alta.

Depois de um tempo a clínica (G) foi até o quarto para ver o Sr. Wilson, eu acompanhei, fiquei parada no corredor, ele já estava vestido e deitado na cama, **ela fez apenas uma pergunta: perguntou como ele estava. A enfermeira passou para ela o quadro clínico e ela se despediu.** (UBS A, pág. 48)

[Consulta de enfermagem, pré-natal] A consulta foi baseada no preenchimento de uma ficha que seria parte do pré-natal. A enfermeira me confessou que achava que a primeira consulta se dava preferência ao enfermeiro porque havia muitos itens a serem preenchidos na ficha, o que demandava tempo e por isso os médicos eram poupados (risos). (...)

Durante o exame, o consultório colaborava na objetividade. A maca era quase grudada na mesa de atendimento. Tudo já ficava próximo para facilitar/agilizar o procedimento. Era uma maca de exame ginecológico, então uma das extremidades era dobrável. Estava inclusive dobrada, porque a escadinha que permitia subir na maca ficava nessa extremidade. Como a extremidade da maca ficava dobrada e com uma escada ali para facilitar a subida, as pacientes eram examinadas deitadas mas com as pernas para baixo. O que aparentemente tornava a posição incômoda pela diferença de altura da maca à superfície na qual estavam os pés.

O exame seguia a cartilha. Histórico, informações gerais, de saúde, questões relacionadas a gestação atual ou anteriores. Tudo o que estava ali era preenchido. Ela aferia a pressão, auscultava os batimentos cardíacos naquela posição com as pernas dobradas. A cada paciente que ela examinava, trocava o lençol de papel, limpava o gel da barriga das mãos e do aparelho, após o exame. Um pré-natal muito satisfatório na minha impressão de sanitarista. **Mas havia um distanciamento. Uma relação protocolar. Sem dúvida que ultrapassar essa forma de relação objetiva exige tempo. Não**

haveria tempo? E se houvesse, seria utilizado para ultrapassar essa barreira?

Entre as pacientes que apareceram, duas me chamaram atenção: uma paciente era mais obesa, primigesta, e a outra paciente contou que teve dois abortos prévios e não tinha nenhum filho ainda. Havia nítida necessidade de criar um vínculo e garantir um canal de esclarecimento. **Foram feitas as mesmas perguntas, na mesma sequência. O vínculo não era um objetivo ali, mas o atendimento. A forma que está organizada a escala dos enfermeiros permite considerar a realidade social e individual das pessoas?** 14 (UBS B, pág. 32)

Nessa descrição, além da “clínica hegemônica” captada pelo pesquisador, podemos também destacar sua “implicação” com o campo⁵, impressa em sua declaração quanto ao que observava: *“Um pré-natal muito satisfatório na minha impressão de sanitarista”*, e também nas reflexões quanto ao que indicariam uma “ampliação da clínica”: *“E se houvesse (tempo), seria utilizado para ultrapassar esta barreira (de uma relação objetiva)”*, e *“A forma que está organizada a escala dos enfermeiros permite considerar a realidade social e individual das pessoas?”*.

[Consulta com a técnica de enfermagem, puericultura] Logo que cheguei, a técnica de enfermagem que estava na recepção, pega a pasta de um paciente que aguardava para puericultura. Peço para acompanhá-la.

A consulta iniciou com perguntas para a mãe (21 anos) sobre a criança (menos de um mês): sono, alimentação (peito, leite, mamadeiras, papinha, suco) e o que pode ou não dar de alimento para a criança a partir da idade, hábito intestinal, urinário, inspeção, medidas... Um encontro bem protocolar. Ela seguia uma lista de itens a serem questionados e anotava no prontuário cada informação.

No exame físico ela encontrou na região genital uma área avermelhada. Ela fica na dúvida como proceder no caso, faz algumas orientações à mãe com relação à limpeza, fralda, calor...

“Ela é paciente da pediatra F. que é chata e pede para anotar tudo!” me conta a auxiliar enquanto anotava cuidadosamente os dados. A partir dessa consulta com a técnica de enfermagem, a mãe poderia já marcar a consulta com o pediatra.

Questiono algumas coisas à mãe enquanto ela anotava as informações na ficha: ela conta que voltou a trabalhar naquela semana; ela tem mais um filho de quatro anos e sua irmã de 17

⁵ Aqui é um bom exemplo do que Cecilio (2014) denomina de “duplo ou tríplice estatuto” dos pesquisadores que, além da atividade de pesquisa também exercem a clínica, e o fazem sob determinada perspectiva ético-política. Ou seja, suas observações são permeadas por valores que ele próprio, o pesquisador, mobiliza em sua prática laboral. (CECILIO, 2014).

anos quem irá cuidar das crianças enquanto ela trabalha. A mãe e a criança vão embora e conversamos a respeito do caso.

A auxiliar me conta que começou a fazer puericultura recentemente. A enfermeira deu algumas orientações e entregou a ela uma apostila para estudar, mas até agora ela não teve tempo para ler. Ela cria mecanismos para tentar superar essa dificuldade. Lê a pasta da criança antes de chamá-la, cita ela como exemplo.

(...)

Quando perguntei se ela tem o costume de pedir à paciente voltar em uma semana para reavaliar o caso, ela responde que não pede isso porque **não será ela quem estará na puericultura na semana seguinte. “Nossas ofertas são muito poucas, não temos estrutura para atender toda população”**, argumenta ela. (UBS B, pág. 32)

A profissional de saúde realiza todo o protocolo, com cuidado ao anotar as informações, componente importante na composição do cuidado em equipe. Ainda assim, outros aspectos referentes a sua situação, e que compõem o modo como vivencia a maternidade, foram abordados apenas pelo pesquisador. Ao final da descrição, surgem pistas dos limites das equipes em fazerem ofertas que garantam a longitudinalidade e favoreçam a criação de vínculo: *“Nossas ofertas são muito poucas, não temos estrutura para atender toda população”*.

Em outras situações, a escuta e identificação das necessidades de saúde das pessoas passam ao largo das ofertas feitas pelos profissionais e equipes:

[Visita domiciliar] A casa da Dona Nair fica em uma área que não faz parte da vermelha, ela é paciente da verde. A casa é uma casa boa e bem localizada. Na van a Dra. (G) fala que a D. Nair é uma encrenca, que arruma confusão aonde vai, fica mudando de local de atendimento e **na verdade ela não faz o tratamento direto**. E a visita está acontecendo por que ela está em recuperação da cirurgia que amputou os dedos dos pés, por causa da diabetes.

Entramos na casa e a Dra.(G) já foi logo perguntando para a filha da D. Nair sobre os exames que ela tinha pedido, a filha pegou uma sacola de loja cheio de exames e começou a procurar.

A enfermeira (S) começou o atendimento, fez glicemia, mediu a pressão e perguntou como estava o pé dela. A glicemia está alta.

A Dra. (G) ficou o tempo todo anotando e perguntou várias vezes para a filha da Dona Nair sobre os exames que ela pediu na última visita. Eu estava em pé perto da filha e ela me pediu ajuda para achar os exames na sacola, peguei a sacola e ajudei, nós achamos uns 2 exames. *A Dra (G) teve uma postura durante essa visita diferente das outras, ela foi um pouco mais dura e rápida. No começo da visita a Dona Nair estava mais respondona e com uma postura de*

brava e no final da visita ela estava com uma carinha triste. Quando já estávamos nos despedindo a Dona Nair perguntou olhando para a Dra. (G) se nós estávamos sabendo que ela tinha sido internada havia 15 dias e tinha ido desacordada para o hospital. Nesse momento fiquei em uma situação muito delicada, por que ninguém respondeu, ela ficou olhando para a Dra. (G). O que chamou a atenção é que ninguém perguntou por que ela tinha sido internada, fiquei com vontade de responder e sentindo que ela estava esperando. (UBS A, pág. 49)

A visita domiciliar é uma estratégia da ABS que favorece a apreensão de diferentes aspectos da vida e do processo saúde-doença, além de ser um importante espaço de fortalecimento do vínculo entre profissionais e usuários. Na situação descrita acima, estes atributos não foram explorados, com a atuação protocolar da médica diante de um caso de múltiplas vulnerabilidades e também potencialidades. Esta postura seria suficiente para produzir o cuidado que a usuária necessita? Parece que não, a se considerar a descrição feita pela equipe no início da cena: *“ela não faz o tratamento direito”*, diz a médica.

Cabe aqui um destaque: a maneira como a profissional se refere à Dona Nair, dizendo que *“ela é uma encrência, que arruma confusão aonde vai, fica mudando de local de atendimento”*, quase que justificando a dificuldade em realizar o cuidado tido como “adequado” na visão da médica, representa uma “conexão” com outras cenas garimpadas no material empírico, e que serão abordadas no Plano de Visibilidade 3. É um dos diversos “nós” produzidos pelo inter cruzamento dos Planos de Visibilidade, que começam a compor uma figura multidimensional do trabalho na ABS.

As subjetividades inerentes ao cuidado em saúde parecem ficar explicitadas nos casos de sofrimento psíquico e mental. Diante deles, as equipes agem de diferentes formas, com níveis variados de potência. Na cena que segue, a profissional pouco interage com a demanda trazida pela usuária, e *“as vezes que ela o fez, mantinha uma postura/fala corretiva: Não pode mais tomar isso, tá bom moça?! Não vai adiantar nada fazer isso!”*.

[Na sala de emergência] Pouco tempo depois que a menina e a sogra foram para casa, chega uma nova emergência trazida por familiares. **Menina de 20 anos com relato dos familiares de tentativa de suicídio.** Quando cheguei na sala, a médica clínica já havia avaliado e tomado conduta. A enfermeira estava ao lado e

encaminho de solicitar SAMU para remoção, logo após os primeiros atendimentos.

Tento entender a história. A avó quem a acompanhava contou que bateram na porta do quarto e a menina não respondia. Ao entrarem, a encontraram desacordada no quarto e continuava sem responder aos chamados. Ao ver uma cartela de comprimidos para dormir praticamente vazia ao seu lado, a levaram imediatamente à [UBS], trazendo a cartela com eles.

Nesse tempo, a menina já estava acordada e chorava muito. Conversando com elas, ela me conta da relação conflituosa da menina com a mãe dela principalmente “ela me chama de preguiçosa! De vagabunda!”. A menina perdeu o emprego em um supermercado há 4 meses e estava em casa desde então. Se queixava de um conflito com a mãe e da forma que a mãe tratava a sua irmã, sempre agressivamente. “eu vejo aquilo e vou guardando tudo para mim” me conta ela com os olhos vermelhos e lacrimejando. Desde quando vocês têm essa dificuldade de se relacionar, pergunto eu: Desde que eu nasci! Me responde ela chorando mais ainda. A avó criticava as duas: a mãe por ter o gênio muito forte e a filha por ter a cabeça fraca a ponto de fazer essas coisas!

Sobre a situação, ela conta que acordou as 14h aproximadamente (horário que costuma acordar) lembrando da briga que teve com a mãe no dia anterior. Resolve então tomar 3 comprimidos de uma só vez (havia quatro na cartela) para dormir. A enfermeira que escutava ao diálogo na sala de emergência, pouco interagiu. As vezes que ela o fez, **mantinha uma postura/fala corretiva: Não pode mais tomar isso, tá bom moça?! Não vai adiantar nada fazer isso!**

A equipe da [UBS] estava cuidando de garantir o transporte dela ao PS. (UBS B, pág. 47).

Nas cenas seguintes, vemos exemplos de como, muitas vezes, as respostas são biomédicas diante das questões sociais, familiares e subjetivas. Poderia ser de outro modo? Por que não acontece?

[Discussão de caso com a enfermeira e a médica] A enfermeira explica um pouco mais do caso. A médica já lembra desanimada “**o problema é que estamos sem ninguém da mental! e com certeza ela precisa de acompanhamento**”. “é que além disso ela está com algumas queixas clínicas, dor nas costas e uma otite que ainda não melhorou”.

Chamamos a paciente que entrou com a sogra. Eu já a havia visto antes e ela estava com uma ótima aparência, até brincando deitada na maca que fica no corredor da [UBS]. Algumas coisas me chamaram a atenção no atendimento. A seriedade da médica pediatra criava um clima ainda mais tenso. Ela iniciou questionando sobre as queixas clínicas e definindo condutas para cada uma delas. A paciente B estava bem, respondendo às questões, mas não percebi ela à vontade como estava antes. **E foi só a médica**

perguntar dos "outros" problemas que ela logo começa a chorar silenciosamente enquanto responde às questões. "tenho 10 irmãos" ... "dois já morreram e meu pai também" (foram mortos nos conta a sogra)... "não me dou bem com nenhum dos meus irmãos" ... "quando morava com meus irmãos eles me batiam". Ela chorava e a sogra chorava junto com ela. Enquanto chorava, a sogra me olhava como se quisesse compartilhar o que ela sentia "está vendo o que essa menina passa" era o que eu escutava pelo olhar.

A médica define a conduta clínica e pede alguns exames. Pede que a sogra retorne em um mês com os exames prontos. Fico muito insatisfeito com a conduta dela. Pergunto se um retorno semanal com a enfermeira não seria possível nessas primeiras semanas, ao menos para conversar e ver como ela está se sentindo **"eu acho que não, quando ela estiver com os exames eu vejo ela e se ela precisar ela pode voltar aqui"** responde a médica. E assim termina o atendimento". (UBS B, pág. 49)

[Visita domiciliar com a médica] O primeiro usuário é um senhor em pós-cirúrgico que apresenta fraqueza, não tem se alimentado ou levantado da cama. A médica mostra proximidade e intimidade com o usuário e a esposa, orienta em relação a este usuário tanto em relação à alimentação quanto em relação a este tomar sol e caminhar, lê as receitas e orientações trazidas pela esposa, examina cuidadosamente. Tenho uma única ressalva: **num determinado momento a esposa diz à médica que achava que o esposo estava com depressão, esta fala não ecoa para a médica, que não questiona e não investiga com o usuário esta possibilidade.** *Pelo que pude acompanhar, talvez esta circunstância tenha se dado menos por descuido, ou não legitimação da questão apresentada pela esposa e mais por uma atuação biologizante hegemônica da atuação médica.* (UBS G, pág. 24)

A "atuação biologizante" foi percebida pela pesquisadora, que captou toda a atenção e cuidado da profissional médica com o usuário. Apesar do vínculo e da preocupação com diferentes aspectos relacionados a condição de saúde, a queixa de uma possível "depressão" não é alvo de alguma ação da profissional.

Já na cena seguinte, vemos que mesmo diante de demandas menos "complexas", por vezes os profissionais não realizam as ofertas que os usuários necessitam:

A auxiliar (A) avisa que tem um casal no corredor na porta da sua sala [da médica] aguardando. A doutora fala que absurdo! Eles não passaram pela recepção. **Quem eles pensam que são? Não vou voltar, vou ficar aqui, vou deixar esperando. Falou para mim que são moradores que tem convênio e que nunca veem aqui, mas o médico que foram não pediu um encaminhamento para o gastro, ontem eu ajudei e hoje já estão abusando.**

Deixaram o casal mais de duas horas esperando na recepção, parece que só precisava de um papel. (UBS A, pág. 59)

Mesmo em situações que incluem aspectos “corriqueiros” para as equipes, como o seguimento de pacientes com hipertensão e diabetes, quando a continuidade do cuidado é inerente à sua atuação, há fragilidade:

[Após uma visita domiciliar] Quando fomos embora a ACS me conta de um ocorrido com aquela senhora. “A mãe dela, uma senhora acamada, tinha consulta marcada há bastante tempo na UBS e no dia em que compareceu à unidade meu ex-marido estava entrando para consulta. Creio que ela achou que ele estava “passando na frente” dela. **O médico escutou as queixas da senhora, que pareciam as mesmas de sempre e a mandou para casa. Mas ele não percebeu que ela tivera um AVC. No dia seguinte a senhora faleceu na casa da filha. Eu não estava nem sabendo e passei na casa para fazer uma visita.** Quando cheguei fui abordada por essa senhora e suas vizinhas. Elas não queriam me deixar ir embora, quase me bateram. Me culparam pela morte da senhora. Agora só venho aqui acompanhada!”. (UBS A, pág. 38)

A percepção da usuária é de que o médico não realizou o atendimento corretamente, o que poderia levar a um outro desfecho. A situação narrada como uma coincidência – sobre a presença do ex-marido da ACS no momento anterior à consulta – parece ter amplificado o problema, fragilizando a relação da família com a ACS e possivelmente toda a equipe de saúde.

A complexidade do ato de cuidar, exposta e desejada nas formulações oficiais e traduzidas aqui na realização da Clínica Ampliada, se mostra de diferentes formas: ora realizada, com a atenção para a queixa e identificação das demandas trazidas, a escuta qualificada e até mesmo empática das necessidades, muitas vezes “indo além” da queixa “clínica”, a construção conjunta de possibilidades de cuidado, e a flexibilização de regras para favorecer a sua realização; ora representam um grande desafio para as equipes, que recorrem ao seu arsenal técnico pautado nos saberes da biomedicina, buscam o apoio nas determinações de protocolos e em fichas de atendimento pré-estabelecidos, e por vezes se abstêm da utilização do espaço de cuidado para a produção de vínculo.

Como trazido nas cenas, a realização ou não da Clínica Ampliada permeia o cotidiano das Unidades de Saúde de forma diversa e heterogênea, representando um objetivo ainda a ser perseguindo, para além das formulações oficiais.

5.3. Plano de Visibilidade 3: A abordagem moralista do cuidado. A

culpabilização do paciente. A punição. O autoritarismo. Modos depreciativos de se referir aos pacientes.

“Não suporto essa mulher, porque ela vem quase todo dia aqui, tem três filhos cadeirantes e só um é normal! Ela casou com um primo e precisou ter 4 filhos?” (Enfermeira, UBS A)

Há situações no cotidiano da ABS que são abordadas pelas equipes a partir de julgamentos morais e culpabilização, e referências pejorativas aos pacientes.

Assim que a médica liberou uma paciente, eu e a enfermeira entramos na sala para discutir o caso com a médica.

A enfermeira começa. A menina B é de uma das famílias que teve um jovem assassinado na última chacina. Quem está cuidando dela agora é a Fulana, lembra? A doutora vai lembrar, é **aquela doidinha que acompanha com o psiquiatra sabe? que é meio vesguinha...** Quando você ver, sei que vai lembrar. E ela tem vindo aqui quase diariamente com crises nervosas, depois que o irmão foi morto. (UBS B, pág. 49)

[Reunião da equipe ESF, após a discussão de um caso complicado] Nesse momento eles começaram com conversas paralelas falando de todos os casos de famílias problemáticas atendidas pela equipe e a coordenadora da equipe falou para tomarem cuidado na escolha do setor do laranja, porque eles estão com 41 grávidas e muitas crianças, algumas mães estão com filhos de cinco meses e já estão grávidas de novo. Uma agente comunitária (F) que fica “emprestada” na especialidade falou:

- Temos que fazer algumas ações educativas, nosso setor tem muitas meninas novas grávidas.

A coordenadora da equipe (pediatra) falou que tem que castrar todas porque não adianta. A agente comunitária (F) que falou das ações se levantou e saiu da sala e não voltou mais, então todos começaram a falar algum comentário como:

Elas ficam trocando de namorado e tendo um filho com cada homem (auxiliar de enfermagem);

Elas não tomam pílula porque falam que engorda, mas já estão gordas (pediatra coordenadora);

Elas fazem isso por causa do auxílio do governo;

Elas têm um monte de filhos porque não cuidam de nenhum.

Nesse momento senti que eles se soltaram e esqueceram minha presença, no início da reunião estavam todos bem formais e agora

quase todos deram alguma opinião sobre as mulheres que tem muitos filhos no território, porque aparentemente existe um consenso sobre o assunto. (UBS A, pág. 11)

[Em conversa com a enfermeira] Acabei saindo junto com a enfermeira (S) e ela perguntou se eu iria subir, falei que sim e fui com ela para a sala do acolhimento da azul. Logo que entramos na sala a enfermeira (S) bateu a mão na mesa e falou que não aguenta mais, não suporta mais, não suporto mais trabalhar aqui e como ela vai aguentar seis anos que faltam para sua aposentadoria. (...) Ela falou que não aguenta mais quando acontecem coisas como hoje e também não aguenta os usuários. Nesse momento chegou uma mulher com uma filha jovem amarrada na cadeira de rodas, perguntando onde ela poderia pegar gases, ela respondeu muito seca e brava para a senhora ir à farmácia na parte de baixo. (...). Voltou para a mesa e falou:

– Por exemplo: **Não suporto essa mulher, porque ela vem quase todo dia aqui, tem três filhos cadeirantes e só um é normal! Ela casou com um primo e precisou ter 4 filhos?** (UBS A, pág. 45)

[Na recepção] A usuária já tinha passado na recepção e pegado a ficha para realizar o exame de gravidez, com a confirmação retornou à recepção para agendar a primeira consulta do pré-natal. A garota de 19 anos estava bastante aflita. Pergunto se é o primeiro filho? ela diz que sim, mas não era nem para ter este, que não queria filho. Esta ao lado da amiga de quem “cobra” amparo o tempo todo. Ela está de aliança e pergunto se é casada? Ela diz que sim e comenta “agora vão ficar falando na minha cabeça” (marido? Mãe?) fiquei sem saber. A recepcionista iria agendar consulta para a enfermeira Olga do dia seguinte pela manhã, interfeiri comentando que a enfermeira não viria, pois tinha uma reunião na coordenadoria e Lana comenta “tá vendo, ninguém me avisa nada” e marca a consulta para quarta-feira. A garota tem pressa em realizar a consulta com o médico e Lana agenda para o dia 24 de outubro com a ginecologista da tarde, de quem a garota já tem referências. Quando a garota sai Lana comenta: **“faz sexo, não usa camisinha e agora age como se fosse surpresa...hoje em dia com tanta informação não tem mais desculpa”**. Logo chega a auxiliar de enfermagem que fez o teste de gravidez da garota e Lana repete o comentário. A auxiliar de enfermagem responde que a garota disse que estava usando anticoncepcional, mas que com certeza tinha esquecido de tomar a pílula algum dia. (UBS F, pág. 93)

Na cena seguinte, a médica declara sua dificuldade diante do caso, e a ambiguidade de sentimentos que a paciente gera nela e, provavelmente, na equipe.

[Matriciamento de saúde mental com o Psiquiatra] Um dos casos chama atenção. A médica Marisa fala de um caso de uma paciente que a cada ida à unidade solicita algo diferente. Ela gera demanda a vários trabalhadores e é de postura rígida. O matriciador questiona: que sentimento ela gera em você? “Mas isso tá virando um caso meu, é ela que tem que estar aqui”, ela fala dando risada. A enfermeira Cris responde: ela gera uma ansiedade porque ela quer

tudo a qualquer momento! Mas o que você quer dela? pergunta o matriciador. **“Quero que ela pare de encher o saco!” Fala a médica rindo e provocando risos.** Na sequência a médica retoma falando que tem receio de estar comendo bola e ela ter realmente um diagnóstico mais grave. Dá pra sentir na fala dela uma agonia, uma angústia. **Eles comentam da ansiedade que esses pacientes trazem a toda a unidade simplesmente ao ver o nome dela na lista dos pacientes a serem atendidos naquele dia.** (UBS B, pág. 51)

Por vezes, o princípio da Universalidade chega a ser considerado um problema:

[Na reunião de equipe ESF] Nesse momento a (K) que é pediatra fala que vai começar o ano bem e a ginecologista (N) fala que tem 44 grávidas, que a área da azul e da verde são as mais carentes. **A (K) fala que ela vai ter que atender a (L), parece que ela é bem conhecida na unidade, ela tem três crianças, a (K) fala que não gosta dela e que é muito difícil lidar com ela. Ela olha para mim e fala que isso é uma das coisas mais difíceis no serviço público, você tem que atender qualquer pessoa.**

Parece que a (L) é uma pessoa agressiva e que sempre causou problemas na unidade, não falaram muito. (UBS A, pág. 80)

Na cena seguinte, o “comportamento não esperado” da usuária, que retornou com a mesma queixa, porém sem ter realizado os exames, levou o profissional a negar seu atendimento:

[No acolhimento] Um pouco depois o ginecologista V vai até a sala do acolhimento cumprimentar o auxiliar A e fala; **“Sabe aquela mulher do corrimento que você mandou pra mim? Ela voltou hoje e eu não atendi. Volta 3 meses depois com corrimento de novo! Só agora veio trazer o exame que pedi. Mande ela voltar e marcar consulta, não atendi.”** (a mulher em questão queria encaixe na agenda de hoje, foi atendida de encaixe na última consulta com queixa de coceira e corrimento, recebeu orientação e foram solicitados alguns exames, só retornou agora com as mesmas queixas e sem o resultado dos exames solicitados o que levou o ginecologista a negar o atendimento). (UBS D, pág. 27)

De fato, a dificuldade em lidar com os sentimentos que alguns usuários provocam na equipe gera, por vezes, a desassistência. Na cena seguinte, o “descompasso” entre a demanda da usuária e as ofertas dos profissionais parece ter chegado no limite para ambas as partes: a usuária que denuncia a enfermeira por negligência, e a equipe que formaliza a decisão de não mais atendê-la.

[Na reunião da equipe ESF] Na reunião a conversa era sobre a usuária que entrou com o processo no ministério da saúde contra a enfermeira (S) da equipe, a enfermeira (S) falou que a coordenadora

(E) veio até a unidade semana passada e ajudou a fazer a carta de defesa para enviar para o ministério, ela reforçou a importância de todas as informações estarem registradas no prontuário, por que facilitou o preenchimento da justificativa dos fatos. **Uma das justificativas é que a usuária tem histórico de faltar nas consultas agendadas e não faz o acompanhamento dos seus problemas de saúde. Elas apelidaram essa usuária de “bruxa do 71”.**

Eles falaram por cima sobre o fato ocorrido, parece que no dia a usuária estava passando mal e veio à unidade, como não tinha médico da equipe, a enfermeira (S) fez o acolhimento e aconselhou ela a procurar o pronto socorro. Ela denunciou a enfermeira por negligência de atendimento direto ao Ministério da Saúde, ela fez uma denúncia na ouvidoria. O clima era de revolta, todos da equipe demonstravam indignação com o fato. **A clínica (G) recomenda que a família não seja mais atendida pela equipe, por que a confiança já foi quebrada e ninguém vai atendê-la segura. Várias pessoas se pronunciam e decidem a favor de não mais atendê-la e também toda a sua família.** (UBS A, pág. 42)

Por vezes, a dificuldade do profissional em ouvir a demanda e lidar com o desejo do outro, que é diferente do que ele considera “aceitável”, gera incômodos. Na situação abaixo, a possibilidade da construção conjunta do cuidado ficou interditada: a lógica “preventivista” da abordagem da enfermeira, aliada a um julgamento moral de quais são as condições ideais que autorizam a usuária a “*querer ter um filho*”, parece não ter ecoado na usuária.

[Em conversa com a enfermeira] Ela conta o caso de uma menina que ela orientou a usar camisinha. O que meu marido vai pensar? A menina pergunta. Ela explica que não é questão de confiança apenas, mas que no passado ele pode ter tido outras relações. Quando a paciente fala que ela quer ter filho, a enfermeira pergunta: **Mas como você vai sustentar essa criança? Comida, fralda...** É, aí minha família tem que ajudar, responde a menina. **A conversa toda incomodou a enfermeira. Pela questão da paciente não querer usar a camisinha com o marido e por querer ter um filho.** (UBS B, pág. 25)

Em outra situação, o não “cumprimento” das prescrições da equipe é utilizado como justificativa para uma negativa de atendimento. Parece que, diante da sensação de impotência, o profissional de saúde se utiliza dessa estratégia na tentativa de “convencer” – ou “coagir”? – os usuários a seguirem suas recomendações:

[Na reunião de equipe ESF] A reunião já havia começado, entrei na sala e o auxiliar (E) rapidamente se levantou, me cumprimentou e cedeu seu lugar pra mim. A ACS (H) com quem fiz visita há alguns

dias também estava lá. Eles discutiam um caso da área dela (H), uma família numerosa, que se divide em diversos barracos num mesmo beco. (H) narrava sua última visita à casa em que várias pessoas da família fumavam num cômodo fechado com três crianças menores de um ano. **A enfermeira (R) que estava junto deu uma bronca na família, e disse para não procurarem a UBS caso as crianças fiquem doentes, já que eles não seguem as orientações da equipe de saúde.** (UBS E, pág. 48)

Por vezes, o exercício do poder vigilante da equipe se traduz em ameaça como tentativa de cuidado:

[Na equipe ESF, em conversa com o enfermeiro] Eles estão organizando a visita da ACS (F) para ir a campo, pergunto se posso ir e ele pergunta se eu tenho um jaleco, senão ele me empresta para eu ir à visita **fingir que sou da vigilância para a usuária (A), ou falar que sou do hospital de Campos de Jordão onde eles internam para tratamento. Pediu para eu não sorrir e ficar com cara de brava para a usuária.**

Ele explica que a (A) está muito magra e não estava fazendo o tratamento correto, não vinha na unidade, então começaram a levar o remédio para ela na casa e verificar se ela estava tomando.

Fomos de perua, a casa da (A) é uma casa de cômodos em uma viela de difícil acesso. Ela demorou a atender, a (A) tem uns 20 anos, está muito magra pesa em torno de 40 quilos, nos recepcionou com os olhos cheios de lágrimas, achei que ela iria chorar. *Acho que pensou que iríamos levá-la.* A ACS perguntou se ela estava tomando direitinho os medicamentos, ela falou que sim e deixou mais uma cartela, falou que era a última e que depois ela teria que ir à unidade fazer um novo exame de escarro para completar o tratamento.

Na volta a ACS falou que a (A) também tem problema no coração e voltou a falar que ela não ia a unidade se tratar, que a maioria daquela população não vai. O local fica em uma baixada. Perguntei se passa ônibus e ela falou que não. O local é longe da unidade, comentei que aquela subida era difícil até para mim, imagina para a (A) e ela falou que é isso mesmo, que para ela tem que vim na casa dela. E você não viu como ela estava mais magra ainda.

Quando chego **o enfermeiro pergunta se ela ficou com medo de mim, respondo que acho que sim e ele fala que bom! Vamos ver se ela termina esse tratamento.** (UBS A, pág. 76)

[Durante uma visita domiciliar da campanha da dengue] Em uma das casas que conseguimos entrar um casal bastante idoso mantinha quilos de material inútil no quintal. Achamos várias larvas de mosquito que foram recolhidas para análise. **A postura das 2 ACSs e mais a agente de zoonoses era bastante rígida e autoritária. Momento de puro poder! Quase uma vingança dos maus tratos recém recebidos** [no relato, várias casas não permitiam a entrada ou nem atendiam às agentes]. **Conversavam entre elas, julgando e condenando o senhorzinho pelo descuido, pouco se dirigiram a ele, mesmo remexendo seu quintal.** (UBS D, pág. 53)

A complexa trama de relações e sentimentos que emergem no ato de cuidar em saúde produz diferentes reações nos profissionais, que se expressam em julgamentos, culpabilização, negativas de atendimento, ameaças ou a busca por alternativas, como vimos em uma das cenas. As prescrições feitas pelos profissionais parece ocupar o espaço da ausência de ferramentas para lidar com as situações – tão difíceis, complexas e até inesperadas – que ocorrem no dia-a-dia do trabalho.

5.4. Plano de Visibilidade 4: O trabalho interdisciplinar nem sempre acontece. A hierarquia das relações. As vozes silenciadas. Quando a cooperação acontece.

*A reunião já ia terminando quando uma ACS pediu a palavra novamente e compartilhou uma situação: **ela orientou uma mulher sobre amamentação exclusiva, e um profissional “maior que ela”, no caso um médico, introduziu água e chá. Ela se sentiu muito frustrada, e ainda afirmou que não se pode questionar. E finalizou seu desabafo com a frase “é tudo culpa do ACS!”.** (UBS E)*

“[ACS em reunião de equipe, diante de um caso complicado] Eu tenho um vínculo com ele. Orientei a ele somente ir visitar a filha quando estivesse sóbrio. E ele o fez. Depois disso as coisas melhoraram nas relações da família.” (UBS C)

O trabalho na ABS, conforme trazido nas formulações oficiais e na produção acadêmica da área, é essencialmente baseado na ação da equipe, dada sua complexidade. A PNAB, em sua última formulação, reforça o trabalho em equipe multiprofissional como uma das características fundamentais do processo de trabalho na ABS:

Considerando a diversidade e complexidade das situações com as quais a Atenção Básica lida, um atendimento integral requer a presença de diferentes formações profissionais trabalhando com ações compartilhadas, assim como, com processo interdisciplinar centrado no usuário, incorporando práticas de vigilância, promoção e assistência à saúde, bem como matriciamento ao processo de

trabalho cotidiano. É possível integrar também profissionais de outros níveis de atenção. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Neste Plano, algumas cenas apontam para a fragilidade dessa perspectiva, que se mostra reduzida em sua potência devido a sua não realização.

[Na sala de curativo com a auxiliar de enfermagem, após atendimento do SR. W, Diabético com úlcera de difícil manejo] Teríamos que fazer um **trabalho conjunto com o clínico (L)**, ver o hemograma dele, eu **posso chamar o (L), mas sei que vai olhar apenas a ferida e receitar o tratamento que já está sendo feito**. Teve uma época aqui que tínhamos uma nutricionista que trabalhava com isso, ela falava com o médico e juntos cuidavam do paciente. Você precisava ver como sara rápido essas feridas. Tem umas nutricionistas que vêm fazer estágio aqui, mas elas ficam sentadas por aí, não se envolvem. (UBS A, pág. 36)

Atuar sob esta perspectiva parece ser um desafio para as equipes, apesar do reconhecido ganho obtido quando o cuidado é, verdadeiramente, compartilhado. Este desafio ocorre não somente entre os trabalhadores da Unidade, mas também com outros equipamentos sociais do território. Na cena abaixo, a atuação “isolada” do conselho tutelar parece ter gerado, além de um provável descuido, uma situação desagradável para a equipe da UBS:

[Na reunião de equipe ESF] Durante a reunião a dentista (S) falou se eles tinham conhecimento do caso de uma mulher atendida pela equipe que tinha perdido a guarda de sua filha de oito anos, a psicóloga perguntou o nome e **ela ficou inconformada que a unidade não foi nem comunicada. A psicóloga (C) atendia a família e a menina era a que cuidava dos remédios para a mãe, que tem dificuldades. E ela questionou muito a falta de comunicação entre os setores e ninguém avisou oficialmente, ou veio pedir a pasta dela**. A unidade ficou sabendo por que a mãe achou que a denúncia partiu da unidade e ela fez maior escândalo na recepção semana passada acusando eles de terem tirado a filha dela. (UBS A, pág. 11)

Nas cenas que seguem, vemos a dificuldade da operacionalização do trabalho em equipe, a partir de diferentes perspectivas: da auxiliar de enfermagem, que cuida com frequência de um usuário já encaminhado pelo CAPS e que, no entanto, não parece ser cuidado de forma integral pela UBS;

Na sala de procedimento, a auxiliar de enfermagem atende a um paciente com uma ferida na cabeça. É um senhor de aproximadamente 60 anos, e ele faz uso de álcool, ela me conta. **Parece que frequentemente aparece por ali**. Ao começar a falar a respeito do paciente logo que ele sai, ela pega os papéis dentro de suas pastas e me mostra. **Apenas algumas poucas folhas com**

pouquíssimas informações a seu respeito. As anotações são basicamente cartas dos CAPS encaminhando o paciente à atenção básica em 2011 e 2012. Mas praticamente nenhuma informação havia a seu respeito pela equipe da atenção básica. **Elas tão pouco sabiam informar mais a respeito daquele paciente.** (UBS B, pág. 65)

A profissional médica, que parece aproveitar pouco do momento de atendimento compartilhado com a psiquiatra;

À tarde acompanho o grupo de hipertensão junto com a generalista B. Mais uma vez ela reclama dos prontuários vazios, sem informações pregressas dos atendimentos dos outros médicos, principalmente clínico.

Depois do grupo vamos para a sala da gerente e lhe pergunto quando decidiu pela atenção básica. Ela conta que desde a faculdade já era uma opção considerada. Cita como benefício a possibilidade de estar mais próximo da academia. Está animada com a possibilidade de atender os casos de psiquiatria em conjunto com a nova psiquiatra. **Porém enquanto a psiquiatra começa a atender, ela procura na internet por um aquecedor para seu banheiro.** (UBS D, pág. 44)

E das ACSs, que em uma reunião com a nova gerente da UBS colocam suas frustrações devido ao “lugar” que ocupam na equipe, escancarando a complexidade das relações inerentes a esta composição:

Percebi que as ACS mais antigas eram as mais insatisfeitas. Diziam que “aquilo não é PSF”, que não têm apoio para trabalhar, e que não trabalham com o que tem que ser trabalhado, apontando que desempenham tarefas que não consideram de sua competência. **Reclamaram que a equipe não funciona como equipe, e que elas não têm voz.** Citaram situações em que usuários foram se queixar do trabalho delas para as equipes e as enfermeiras não ouviram suas justificativas. Disseram que “trabalham sem base”. A nova gerente mediante tantas queixas prometeu que vai “tentar fazer a união”.

A reunião já ia terminando quando uma ACS pediu a palavra novamente e compartilhou uma situação: **ela orientou uma mulher sobre amamentação exclusiva, e um profissional “maior que ela”, no caso um médico, introduziu água e chá. Ela se sentiu muito frustrada, e ainda afirmou que não se pode questionar.** E finalizou seu desabafo com a frase “é tudo culpa do ACS!”. (UBS E, pág. 24)

Quando operacionalizado, o trabalho em equipe amplifica a capacidade de cuidar e as possibilidades de ação perante as demandas dos usuários:

[Na reunião de equipe ESF] Surge o caso de uma garotinha de 1 ano e 3 meses. A UPA entrou em contato com a UBS. Há uma suspeita de

violência familiar, por isso a equipe deve ter tato para chegar na família. Geralmente o Conselho Tutelar entra em casos assim.

Outro caso da área de uma ACS que está de férias. “Fulano de tal, alguém conhece? Tem 51 anos e já foi internado na UPA. Alcoolismo com crise convulsiva.” A pessoa que trabalha na UPA e que repassou o caso trabalha com um vereador.

Esse homem teve alta. As ACS lembram que em setembro foram visitar a mãe e ele negou que tinha problemas de saúde. Semana passada ligaram da UPA [de referência] para falar dessa família que parece muito complicada. A equipe decide fazer uma visita de cunho social. (...)

ACS (acho que falando de outro caso) – Ele tem hepatite. Tem raiva das ACS’s porque elas não conversavam com ele... ele é daqueles caras que falam palavrão. Ele pediu a uma ACS para ser internado.

ACS – Esse aí bebe desde pequeno. Usa drogas, mas trabalha e tem consciência do que está fazendo. Até trabalha na UPA, é plantonista.

Apoiadora – Essa informação é importante. Porque ele pediu para ser internado mas está inserido em um contexto, trabalha, administra certa responsabilidade. (...)

ACS – A família deixa ele muito largado. Tem uma qualidade de vida muito precária.

Médico – Mas a família que se afastou ou ele que afastou a família?

Apoiadora – É uma composição. Acho importante a equipe poder pensar no que é a “cura” esperada de um caso assim (...).

ACS – Ele pediu um remédio para abstinência para mim. Eu disse que não tinha, então ele disse que era melhor beber.

Psicóloga – Mas é importante pensar porque ele está pedindo esse remédio.

Médico – Essas pessoas trabalham muito com chantagem.

(...) ACS – **Eu tenho um vínculo com ele. Orientei a ele somente ir visitar a filha quando estivesse sóbrio. E ele o fez. Depois disso as coisas melhoraram nas relações da família.**

Apoiadora – Que legal isso! Isso é relativizar a questão da cura. Às vezes uma intervenção assim não faz ele deixar de beber, mas o ajuda administrar sua dependência.

ACS – Foi difícil chegar nele. Eu tinha que entrar no bar cheio de bêbados. Médico elogia a abordagem da ACS.

Tenho a impressão que as ACSs têm esse papel de psicólogas da família também. (UBS C, pág. 29)

Esse seria um bom exemplo da potência da equipe quando consegue desenvolver um trabalho interdisciplinar, com destaque para a importância do vínculo e do papel da ACS no cuidado.

[Na reunião de matriciamento com o CAPS AD] A psicóloga comenta sobre a chegada do médico generalista Dr. X na nossa UBS, que foi transferido de outra.

Apoiadora traz um caso que preocupa a sua equipe. O usuário tem que fazer uma cirurgia de hérnia urgente, mas não consegue ficar em abstinência para os exames. Checam a evolução clínica do paciente no prontuário do CAPS AD.

Apoiadora propõe ida a casa do paciente das pessoas do CAPS AD que já tem um vínculo estabelecido, para apresentar novo médico da equipe. Eles topam.

Pensam na possibilidade de interna-lo à noite antes da operação, estratégia que já funcionou com outros usuários. (...)

Comentam que a equipe tem dificuldade de compreender o caso e que esperam sempre a abstinência dos usuários.

Outro caso da minha UBS: Fulano tem diabetes desregulada, é um ex-presidiário e está fazendo hemodiálise. A “larica” faz ele coma desregulamente. **Psicóloga propõe uma visita com o educador físico do CAPS AD para falar com ele.**

Ele tem alguns nomes de pacientes que frequentam o CAPS AD e quer saber se estão passando nas UBSs. (UBS A, pág. 26)

Nessa cena, apesar da pronunciada dificuldade da equipe de ABS lidar com os casos de usuários de álcool e outras drogas, o compartilhamento do cuidado com a equipe de outro serviço – o CAPS AD – trouxe novas perspectivas para a condução das situações apresentadas. Vemos uma composição de Rede, em sintonia com as proposições da Política, que aponta, dentre as diretrizes da ABS:

VII - Coordenar o cuidado: elaborar, acompanhar e organizar o fluxo dos usuários entre os pontos de atenção das RAS. Atuando como o centro de comunicação entre os diversos pontos de atenção, responsabilizando-se pelo cuidado dos usuários em qualquer destes pontos através de uma relação horizontal, contínua e integrada, com o objetivo de produzir a gestão compartilhada da atenção integral. Articulado também as outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais.

VIII - Ordenar as redes: reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua responsabilidade, organizando as necessidades desta população em relação aos outros pontos de atenção à saúde, contribuindo para que o planejamento das ações, assim como, a

programação dos serviços de saúde, parta das necessidades de saúde das pessoas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Interessante destacar que, conforme a descrição da cena anterior, todos os profissionais se responsabilizam por esta articulação, não apenas a equipe da ESF: *“Ele [profissional do CAPS AD] tem alguns nomes de pacientes que frequentam o CAPS AD e quer saber se estão passando nas UBSs”*.

Na cena seguinte, vemos a potência da produção do trabalho em equipe vivenciado nos matriciamentos:

[Na reunião de matriciamento de saúde mental com o Psiquiatra] As dúvidas iniciais são sobre a dosagem das medicações, principalmente aquelas que estão sendo acompanhadas por psiquiatras da rede.

Demanda de saúde mental para a atenção básica também foi uma das questões que surgiram. (...)

O matriciador sempre foca suas orientações sobre questões técnicas com respostas muito fundamentadas cientificamente e práticas para quem atua na atenção básica. Mas sempre suas condutas são pactuadas com o próprio paciente, com muito diálogo. “Eu tenho que escolher com o usuário qual a melhor medicação para ele”.(...)

“Quando tratamos as pessoas como pessoas inteligentes, elas abrem o jogo de como conduzem suas vidas. Se você pergunta: está tomando o remédio certinho. Você não vai ouvir a resposta: estou tomando erradinho...” refere o matriciador. Todos riem.

Médica [da equipe] fala que o paciente toma uma subdosagem de um remédio, e a médica falou que ela não sabe porque prescreve pra ele. Se tira, ele não fica bom. Não fica mal, mas não fica tão bem... se ele dá, ele não fica mal... continua na mesma, mas ele sabe que não deve ficar tomando... **no final eu não sei porque eu receito e ele não sabe porque ele toma...**

“É coisa nossa achar que o paciente faz o que a gente manda” diz o matriciador. Na sequência vem falas de pacientes que não fazem as coisas conforme se espera. “Mas fala quantas gotas você quer que eu dou” falaria o matriciador ao paciente em um caso hipotético. Os trabalhadores riem.

“Quanto tenho um paciente, eu tento dar o máximo de autonomia pra ele. Então eu lido como se ele tivesse o controle sobre seu cuidado. Quando tratamos o outro como adulto, geralmente, ele reage como adulto.”

(...) Foi interessante que durante o encontro, o foco do matriciador era tirar o foco da medicação e focar na pessoa. Falava que enquanto continuássemos negando medicações a esses pacientes, o foco ficaria nessa negação. Mas as perguntas sempre eram muito

técnicas. “Mas como faria o desmame dessa medicação?” perguntavam os trabalhadores. Outro ponto que ele trazia era de tirar o foco no diagnóstico em uma palavra. Os diagnósticos deveriam ser frases ou parágrafos, mas de forma que deem conta de explicar a questão.(...)

A reunião termina com intervenções do matriciador sobre a necessidade em nomear coisas que não são necessariamente nomeáveis. Em reduzir todo um conjunto de problemas e sintomas em uma única palavra, e que isso torna-se a preocupação dos profissionais muitas vezes, deixando outras coisas importantes de lado. (UBS B, pág. 51)

As fragilidades em lidar com os casos, em especial de saúde mental, são abordadas e é possível trazer um novo olhar. Destaco o importante papel dos NASFs, que amplia as possibilidades de cuidado das equipes ESF, tendo como uma de suas competências

Contribuir para a integralidade do cuidado aos usuários do SUS principalmente por intermédio da ampliação da clínica, auxiliando no aumento da capacidade de análise e de intervenção sobre problemas e necessidades de saúde, tanto em termos clínicos quanto sanitários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Quando a equipe consegue realizar esta ampliação do olhar, novas possibilidades surgem, e a composição do cuidado acontece para além das “regras” estabelecidas previamente. É o que vemos na cena abaixo:

[Na visita domiciliar com a enfermeira] Na casa seguinte Rita faria um curativo, me conta que esta ação fez parte do Projeto Terapêutico Singular do usuário que é alcoolista e há 10 anos tem uma ferida na perna. Sua esposa tem Alzheimer e que o fato dele ir à UBS para os curativos fazia com que o mesmo não continuasse o tratamento, além de deixar a esposa sozinha e aumentar o risco dele beber. **Então, mesmo o usuário tendo condições de se locomover decidiram em equipe que Rita iria uma vez por semana à sua casa fazer o curativo para garantir a continuidade do tratamento.** O senhor alegra-se ao ver a enfermeira, a agradece diversas vezes, dizendo que ela é uma “santa” e que a UBS “é de Deus”, elogia a UBS e sua equipe, em especial Rita durante toda a visita. (UBS G, pág. 59)

A equipe, como proposto nas formulações, é o “lugar” onde tudo acontece. É ela a produtora de cuidado – de forma isolada ou compartilhada com profissionais, serviços e usuários –, que identifica as demandas, que age e inventa regras, compreensões e estratégias que, com fragilidades e também potencialidades, movimentam o cotidiano da ABS.

Não obstante, neste Plano de Visibilidade, é possível estabelecer diferentes conexões com os outros Planos arbitrados neste estudo, enriquecendo a composição rizomática de uma possível figura do cotidiano da ABS. Seguindo sua proposição, descrita no início desse capítulo, os Planos não são fechados, constantes e não possuem uma consistência em si. Suas margens são borradas, estabelecendo ligações às quais não se pretende atribuir uma explicação ou uma ordem. Esta escolha vem reforçar a complexidade existente ao se aproximar da realização do trabalho na ABS, com suas práticas, sentidos e tantas incongruências, que se revelam no agir da equipe de saúde.

5.5. Plano de Visibilidade 5: Prevenção/promoção à saúde ou cuidar das doenças? Afinal, qual o papel da Atenção Básica à Saúde?

“O papel da atenção básica é orientar, educação em saúde, não tem como fazer isso com a porta aberta do serviço! Isso deveria ser papel do PS... Como vou atender um paciente se tenho outro na sala de emergência?”

Neste plano estão as cenas mostram como as elaboradas formulações da política oficial do MS (PNAB) relativas ao papel da ABS, em particular a ênfase na integralidade do cuidado, nem sempre tão simples na hora de sua operacionalização. Seria papel da ABS atender situações clínicas que requerem atendimento imediato? Não seria esta uma atribuição dos serviços hospitalares de urgência e emergência? Se a UBS se dedicar a atender pessoas doentes, sobraria tempo para a prevenção e promoção à saúde?

Para a PNAB 2017, a Atenção Básica é

o conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Como veremos, frequentemente persiste uma perspectiva mais “preventivista” entre os trabalhadores, o que interfere diretamente no modo como organizam a atenção.

[Em conversa com a auxiliar de enfermagem na sala de vacina] No hospital, era criticada pelos superiores por chorar quando algo triste acontecia.

Fala que na [UBS] trabalham mais com prevenção e promoção, mais com o início da doença. No hospital é mais com o final da doença. Ela destacou que ali na [UBS] tem muita coisa que nem chega até o hospital, que seriam mais fáceis de serem resolvidos. Ela corrigiu que não seriam mais fáceis, mas resolvido de forma diferente. (UBS B, pág. 15)

Na cena, a profissional frisa a diferença entre a ABS e o Hospital: “*na UBS trabalham mais com prevenção e promoção*”, e reconhece a complexidade desta abordagem. No entanto, o que as cenas seguintes nos mostram é toda a tensão que esta percepção deflagra, principalmente com relação ao atendimento das queixas agudas/demanda espontânea:

Estava conversando com o médico que havia chegado a poucas semanas pelo programa Mais Médicos. Durante a conversa ele externou sua insatisfação com o modelo de [uma das cidades onde foi feita a pesquisa] fazer atenção básica. Falava que era impossível fazer medicina de família pela forma que o serviço previa a porta aberta.

“O papel da atenção básica é orientar, educação em saúde, não tem como fazer isso com a porta aberta do serviço! Isso deveria ser papel do PS... Como vou atender um paciente se tenho outro na sala de emergência?”

Pela sua fala, o papel da unidade de saúde não é de garantir a maior resolutividade possível, mas a de garantir a promoção e prevenção à saúde. As queixas agudas deveriam seguir para um serviço próprio para isso. Ele estava realmente irritado com isso. Afirmava que isso inviabilizava um cuidado de qualidade. O cuidado agendado era a forma de operar da unidade de saúde para com o território segundo ele. Fora do agendamento, não era papel da unidade.

Falava que nos outros municípios que trabalhou antes de vir a [uma das cidades onde ocorreu a pesquisa], as coisas funcionavam conforme deveria ser. Parece que trabalhou em duas cidades antes de vir pra cá. (UBS B, pág. 7)

Esta percepção soa como um eco da construção histórica da ABS em nosso país, com as ações voltadas para prevenção e promoção à saúde, e cuidado de casos “simples” ou, ao menos, o cuidado continuado. As formulações oficiais vêm tensionando este conceito há pelo menos uma década, com a ampliação do escopo

do atendimento na ABS, incluindo a atenção à demanda espontânea. Na PNAB de 2006, é destacada como um dos princípios da ABS:

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Nessa formulação, é considerada característica do processo de trabalho da ABS, como atribuição comum a todos os membros da equipe, incluindo “o primeiro atendimento às urgências médicas e odontológicas”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). O mesmo aparece na PNAB 2011, que atribui à equipe a função de “realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação de necessidade de saúde e análise de vulnerabilidade tendo em vista a responsabilidade da assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012).

A PNAB de 2017 reforça a característica da ABS de ser a Porta de Entrada Preferencial do Sistema de Saúde:

A responsabilização é fundamental para a efetivação da Atenção Básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção, primeiro atendimento às urgências/emergências, acolhimento, organização do escopo de ações e do processo de trabalho de acordo com demandas e necessidades da população, através de estratégias diversas (protocolos e diretrizes clínicas, linhas de cuidado e fluxos de encaminhamento para os outros pontos de atenção da RAS, etc). (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

E este entendimento é compartilhado e reforçado pela Política Nacional de Atenção às Urgências que, na Portaria que institui a Rede de Atenção às Urgências e Emergências coloca a ABS como um de seus Componentes, com o objetivo de

ampliação do acesso, fortalecimento do vínculo e responsabilização e o primeiro cuidado às urgências e emergências, em ambiente adequado, até a transferência/encaminhamento a outros pontos de atenção, quando necessário, com a implantação de acolhimento com avaliação de riscos e vulnerabilidades.(MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011b).

No entanto, vemos no material empírico que esta concepção de papel não “cola” para os trabalhadores que operam o cuidado “na ponta”, sendo motivo de diferentes conflitos nas equipes:

[Conversa entre médicos e enfermeira] **“Acolhimento é um absurdo! Sou totalmente contra o acolhimento!”** afirma o médico. “O que o Beto falar, eu endosso!” Afirma a outra clínica antes de sair.

A enfermeira reafirma que lá os pacientes vão sem queixas. Quando os pacientes têm queixas, eles vão direto ao pronto socorro. **“Quando eu era auxiliar eu fazia acolhimento e as queixas não eram queixas clínicas assim. Era acolhimento! Exames de rotina... Mas aqui são muitas queixas agudas!”** Ao perguntar sobre como está a urgência e emergência na região eles confirmam que o único hospital está abarrotado e que as pessoas sem dúvida procuram a unidade antes de ir até lá. **“Até porque a gente atende bem!”** Afirma o clínico. **“Atende bem, mas é pouco resolutivo não é Beto? A gente manda paciente com frieira ao pronto socorro!”** Responde a enfermeira. “Mas atende bem!” Reafirma o médico. (UBS B, pág. 62)

A questão da resolutividade parece se confundir com o que seria a “qualidade do atendimento”, segundo a concepção do médico. A discussão não chega ao ponto de questionar se “atender uma frieira” deveria – ou não – ser papel da equipe. Na cena seguinte, a gerente deixa claro que, de fato, esta não seria uma atribuição da ABS:

[Em conversa com a gerente da UBS] Comecei dizendo que seria muito importante compreender um pouco da rotina dela, das dificuldades e das potências do trabalho na UBS e AB de forma geral, destaquei o sigilo e a preservação da identidade dos trabalhadores na pesquisa. Avisei que não era uma entrevista estruturada, e sim um bate-papo.(...)

Contou que foi necessário fazer adequações no processo de trabalho e organizar o que é feito com a demanda, e ela tem se dedicado a isso. Constatou que há uma enorme procura por troca de receitas vencidas, procura esta traduzida como “falta de seguimento do cuidado”, e por isso o acolhimento também sofreu alterações: acabar com o dia de acolhimento por equipe pois “o acolhimento é de todos, menos do médico” e **“UBS não é AMA⁶” (queixas pontuais vão para o pronto atendimento, de crise hipertensiva a frieira)**. Ela colocou em questão a confiança na avaliação clínica dos enfermeiros afirmando: “Se não confiarmos que os nossos enfermeiros têm

⁶ AMA: Assistência Médica Ambulatorial: serviço de atendimento médico implantado pelo município de São Paulo em 2005, destinado ao atendimento imediato, do tipo “queixa-conduta”. As AMAs em geral foram instaladas “acopladas” às UBSs, com perfil de Pronto-Atendimento, de características “intermediárias” entre a atenção básica e o Pronto-Socorro. (PUCCINI, 2008).

condições de realizar avaliação clínica de qualidade por que os contratamos? É melhor ficar sem eles!”.

Destacou o papel do ACS na mudança dos processos internos da UBS como peça fundamental na organização da demanda, pois este deve orientar que as pessoas venham marcar consulta, e as orientações a eles têm sido feitas em reuniões semanais com a categoria.

E falou do monitoramento do território como característica particular da atenção básica, e que em sua avaliação as equipes realizam de forma insipiente: não conhecem todas as famílias apesar dos cadastros no SIAB, não identificam as prioridades e por fim elas ficam vendidas às indicações de atendimento e visita domiciliar dos ACS, discutidos individualmente nas reuniões, em detrimento do cuidado coletivo. (UBS E, pág. 31)

Na fala da gerente, além da questão referente ao atendimento de urgências, ela destaca como fragilidade o fato de os casos serem *“discutidos individualmente nas reuniões, em detrimento do cuidado coletivo”*, reverberando uma certa “dicotomização” entre as ações individuais e coletivas, também presente na construção da atenção à saúde em nosso país. Na Política, este aspecto é ressaltado como algo a ser superado na ABS:

Destaca-se ainda o **desafio de superar compreensões simplistas**, nas quais, entre outras, **há dicotomia e oposição entre a assistência e a promoção da saúde**. Para tal, deve-se partir da compreensão de que a saúde possui múltiplos determinantes e condicionantes e que a melhora das condições de saúde das pessoas e coletividades passa por diversos fatores, os quais grande parte podem ser abordados na Atenção Básica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

O atendimento às urgências, a disponibilidade de consultas médicas e o pouco tempo para a “dedicação” dos profissionais às ações “não curativas” parece ser, de fato, uma importante questão para as equipes, como na cena seguinte:

Foi a primeira reunião do Conselho Gestor do ano e a primeira dos dois representantes dos usuários. Estavam presentes a gerente, duas apoiadoras (responsáveis por secretariar a reunião), dois representantes dos usuários, um atendente da recepção, uma ACS. A reunião começou com uma retrospectiva da gerente do que aconteceu no ano passado na unidade, valorizando as conquistas e destacando o apoio do conselho.

Senti um clima de captura, no sentido de fazer com que os conselheiros levem para a comunidade o modo de ver a unidade sobre o prisma da gestão. **Não é lugar de urgências, não dá para passar sempre pelo médico, não dá tempo de cuidar das atividades não curativas, e coisas do tipo.** (UBS D, pág. 20)

A fala da gerente aos membros do Conselho Gestor traz uma “abdicção” do papel da ABS em realizar tanto o atendimento à demanda espontânea quanto as ações de prevenção e promoção à saúde. E mesmo para o atendimento individual, em especial com o médico, há restrições: “não dá para passar sempre pelo médico”. Fica o questionamento então, de qual seria, afinal, a atribuição da ABS?

Para outros profissionais, o acolhimento à demanda espontânea não deveria incluir, além das urgências, as trocas de receitas e a visualização de resultados de exames:

[Em reunião de equipe ESF) Médico, enfermeira, 4 ACS e eu estávamos presentes. Esta equipe se reúne todos os dias das 16 às 17 horas.

O médico perguntou de alguns casos a fim de ser atualizado. A reunião foi bastante informal, e as ACS trouxeram a pauta da desvalorização do serviço público, consideram que os usuários não valorizam o serviço que elas e os outros profissionais realizam.

A enfermeira trouxe a pauta do fluxo dos resultados de exames, queixando que os exames estão sendo vistos no acolhimento, o que ela considera absolutamente errado. Disse que não concorda com as regras impostas pela gerência, mas que se ela se posicionar, será considerada “uma bruxa”. **Ela continuou dizendo mais sobre o que considera um modelo ideal de acolhimento: sem resultados de exames, trocas de receitas ou urgências, afinal de contas lá é uma UBS e não AMA.** (UBS E, pág. 15)

As equipes, muitas vezes, buscam organizar seu processo de trabalho de forma a acolher a demanda espontânea. No entanto, há importantes limitações, em incongruência com o que a Política recomenda:

A equipe estava ansiosa com a mudança (algumas vagas separadas para urgência com o médico), sem saber se era uma medida correta. A partir de então, os pacientes que quisessem consulta com o médico ou passariam no acolhimento ou então seriam encaminhados ao grupo de quinta-feira pela manhã para saber se será possível passar com ele.

Durante a conversa, perguntei ao enfermeiro sobre os atendimentos agudos. Ele me informou que os pacientes que passam no acolhimento podem ser agendados no dia com o médico ou, se não houver mais vagas, ele encaminha essas pessoas ao Pronto Socorro. Ele falou isso com muita indignação. **“Então se a pessoa está com frieira, e eu só tenho uma vaga de urgência, eu mando ele ao Pronto Socorro, porque não vou queimar uma única vaga com uma frieira”.**

Pergunto se as vagas de acolhimento também são limitadas por horário como as vagas de atendimento dos médicos. Ele sorri “Não, eu tenho que atender todos os que aparecem aqui”. Sobre essas

questões que aparentemente são rápidas de diagnosticar e tratar, como são resolvidas. Ele e o médico confirmam que são contabilizadas como uma consulta, assim como qualquer outra. Isso significa uma vaga a menos na agenda do dia do médico. Isso claramente incomodava o enfermeiro.

Perguntei porque era considerada uma vaga, se não levava 15 minutos o atendimento. O médico fica exaltado: **“Por que eu não prestei concurso para trabalhar em Pronto Socorro! Se eu quisesse trabalhar em pronto socorro, eu prestaria concurso para lá. Eu trabalho em PS, e quanto estou lá eu atendo todo mundo, mas eu não quero trabalhar assim aqui! Se começar a atender todas as queixas que chegarem, isso aqui vira um PS!”**. A opção de atender as queixas agudas que chegavam eram para ele um transtorno na qualidade do seu trabalho. O excesso de demanda que iria se tornar, caso ele atendesse às queixas agudas, claramente o incomodava. A visão de atenção básica para ele era uma atenção básica que conseguisse resolver os problemas do paciente, oferecendo um tempo e uma escuta adequada. Não oferecer isso, significaria uma sobrecarga de trabalho e má qualidade. **“Esse não é o papel da Atenção Básica!”** afirmava ele. (...)

Certo momento entra outra clínica. Ela entra na conversa afirmando que o que irá acontecer é que os pacientes passarão pelo acolhimento e serão encaminhados diretamente aos médicos. **Ela repete a fala “eu não prestei concurso para urgência e emergência”. Os enfermeiros e médicos estão claramente exaltados com essa discussão. A médica continua argumentando que o acolhimento irá apenas repassar ao médico as consultas.** Dando o sentido que os enfermeiros do acolhimento não iriam se preocupar em resolver as coisas que aparecessem. (UBS B, pág. 61)

Na PNAB de 2017 fica claro que o atendimento às urgências deveria ser irrestrito, independente do número de vagas ou faltas diárias, em contraponto ao operado pelas equipes, como na cena anterior: *“Então se a pessoa está com frieira, e eu só tenho uma vaga de urgência, eu mando ele ao Pronto Socorro, porque não vou queimar uma única vaga com uma frieira”*.

O processo de trabalho das equipes deve estar organizado de modo a permitir que casos de urgência/emergência tenham prioridade no atendimento, independentemente do número de consultas agendadas no período. Caberá à UBS prover atendimento adequado à situação e dar suporte até que os usuários sejam acolhidos em outros pontos de atenção da RAS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Esta tensão conceitual não é incomum nas equipes, como veremos nas cenas seguintes:

[Em conversa com a recepcionista] (C) apontou as principais mudanças feitas pela nova gerente: agora na agenda dos médicos

eles fazem somente 3 consultas por hora, e há **dois períodos de acolhimento por dia, sendo uma vaga pela manhã e uma vaga à tarde. (C) justifica essa mudança com a frase: “tem que ser assim, pois nós não somos AMA pra atender urgência”, e avaliando positivamente.** Assim, às 9 horas da manhã houve troca de plantão das recepcionistas. (UBS E, pág. 41)

[Na recepção] A próxima paciente quer passar com a ginecologista, mas Beatriz avisa que **já tem muito encaixe para hoje, que ela irá colocar o nome da paciente na lista, mas não pode garantir, pois a prioridade são as gestantes.** A paciente questiona o critério, está com uma infecção e não aguenta de dor. **Poderia ir ao Pronto-atendimento, mas faz acompanhamento com a Dra. Rosana e inclusive tem resultados dos exames para mostrar para médica, portanto acredita que o melhor é passar com ela que já vem acompanhando.** Beatriz não discute diz que colocou o nome da paciente na lista e que ela deve aguardar e enfatiza “mas as primeiras chamadas serão as gestantes”. Ao final do dia várias pacientes não comparecem e todas da fila de encaixe são atendidas, inclusive sobram duas vagas. Beatriz comenta aliviada “pelo menos hoje não preciso dizer para ninguém que não será possível atender”. (UBS F, pág. 95)

A prática dos “encaixes”, nesse caso, possibilitou que a usuária fosse atendida, independente de sua queixa ser aguda ou não. A usuária desejava ser acompanhada pela mesma médica, dando seguimento ao seu cuidado, como esperado na ABS. Na cena, seguinte, a percepção das ACSs é de que os usuários, em geral, não ligam para isso, e *“querem mesmo é que tenham resultado imediato para suas queixas. Por isso preferem a AMA”*:

[Em conversa com as ACSs] Durante o nosso papo, elas contam de algumas reclamações de usuários, dizem que **eles não valorizam a Saúde da Família, reclamam por não conseguirem consulta de urgência na unidade, não ligam para ter um médico que os acompanhe em longo prazo “querem mesmo é que tenham resultado imediato para suas queixas. Por isso preferem a AMA”.** Pergunto para elas sobre a relação com este e outros serviços do território. Elas respondem que não tem relação nenhuma, nem sabem como funciona o serviço lá e da mesma forma, os profissionais de lá não fazem ideia do trabalho que é realizado na UBS. (UBS G, pág. 21)

Vemos aqui o relato de diferentes fragilidades do papel “desejado” para a ABS: tanto o atendimento às urgências e demandas espontâneas como seu papel central na articulação da Rede de Saúde e Coordenação do Cuidado.

O grande tensionamento com relação ao atendimento das urgências ganha relevância do cotidiano do trabalho das equipes, seja pelo entendimento de papéis –

é ou não é função da ABS – seja pelo limite das ofertas feitas pelas equipes, em especial a disponibilidade de consultas médicas, como vimos em cenas anteriores. Com frequência, as equipes rejeitam esta atribuição, e chegam a relatar, como na cena a seguir, que a solução de todos os problemas seria a implantação de um serviço específico de atendimento às urgências ao lado de cada UBS:

[Em conversa com a auxiliar de enfermagem] Depois (E) me perguntou o que eu estava vendo nas minhas observações nos últimos tempos. Conteí a ele dos lugares em que estive nas últimas semanas (recepção, matriciamento, reuniões técnicas) e comentei com ele que tenho percebido a **UBS mais vazia**. Ele concordou que a UBS está mais vazia, também percebeu, e **atribui isso às mudanças na agenda e no acolhimento, já que o acolhimento agora está melhor, e não recebe a demanda de pronto atendimento, que é do AMA, e a UBS não é AMA**. Ele me mostrou a agenda do enfermeiro: são eles que fazem o acolhimento agora, e em **casos de urgência encaixam o paciente nas faltas da agenda**. Fomos indo ao encontro da ACS (H) no território conversando sobre isso. Disse que ouviu que a **prefeitura está com um projeto de instalar uma AMA ao lado de cada UBS, e isso seria a solução para todos os os problemas**. (UBS E, pág. 45)

Interessante perceber que os casos mais graves, as emergências, em geral são acolhidas pelas equipes da ABS, ainda com relatos de diferentes percepções quanto a esta função por parte de alguns profissionais:

Na hora do almoço encontro a (M) fumando na frente da unidade e pergunto sobre o parto, ela perguntou quem me falou? Eu falei que foi a auxiliar (A) da vermelha. Tento amenizar o clima elogiando ela, dizendo:

- Fiquei sabendo que você fez um parto sozinha aqui na unidade e que a ginecologista (N) saiu da sala e não te ajudou?

Ela falou que foi tudo bem! Que ela está acostumada! O povo aí ficou apavorado! Não tinha tempo, a mãe estava drogada e o nenê nasceu roxinho. **Quando o parto começou a Dra. (N) achou que não daria certo e simplesmente saiu da sala para esperar o SAMU**. Fala da (M):

- Eu tirei ele, fiz a respiração e improvisamos um respirador.

Percebi um ar de preocupação por terem me contado.

Ela mudou de assunto, falou que essa manhã foi muito agitada, que hoje já teve outra mulher parindo, mas deu tempo do SAMU chegar, um homem esfaqueado e uma mulher com dengue muito mal, a dona Maria. (UBS A, pág. 60)

Na descrição seguinte, vemos que muitas vezes a limitação das equipes é de estrutura física, disponibilidade de insumos e também da possibilidade de ofertas, aqui retratadas pelas vagas na agenda médica.

[Com a auxiliar de enfermagem na sala de procedimentos] Lembrou de um paciente que faleceu ali na unidade. O aspirador da unidade estava com defeito e não havia desfibrilador na unidade. Ela se pergunta se o paciente não estaria vivo se eles tivessem as condições necessárias para o suporte.

“A dificuldade é essa... não ter material, não ter o médico a hora que precisa atender”. Percebi um incomodo dela com as agendas marcadas na unidade. No pronto socorro é porta aberta, todos os que chegam serão atendidos algum momento. Para os médicos da [UBS] eles têm agenda o que faz a equipe entrar em muitos conflitos entre eles e com os pacientes para decidir quem vai ocupar a vaga da consulta. Já para ela, ali na sala de procedimentos, não há limite. Quem chegar ali, ela também terá de medir a pressão ou medicar. Não tem agenda marcada para ela. (UBS B, pág. 16)

Para outras equipes, atender às emergências da maneira que for possível não é uma atribuição “questionada”, mesmo que pouco frequente: *“a gente tá aqui pra salvar.”*

[Em conversa com a auxiliar de enfermagem] Pergunto também da queixa aguda. Margarida começa então a me contar que há mais ou menos um mês chegou um senhor na UBS passando mal. Não era da área adscrita e aparentava estar sofrendo um infarto. Segundo Margarida, na hora que ele chegou, percebendo a seriedade da situação, ela correu para o consultório da médica a equipe 1 *(esta médica parece ser a referência e liderança desta categoria, suspeito que devido ao seu tempo de casa, a mais antiga, com 3 anos na UBS. É quem geralmente coordena a reunião dos médicos e dá retaguarda a outras equipes)*. Ela saiu e chamou a médica da equipe 2. As duas saem correndo para a sala de emergência, junto com Margarida, onde o paciente já estava sendo atendido por mais uma enfermeira e outra auxiliar.

Margarida conta que fizeram de tudo para salvá-lo. As médicas se revezavam na massagem e fizeram um “trabalho com sintonia, um verdadeiro trabalho de equipe” segundo ela. Mas o paciente não resistiu. A equipe ficou arrasada como contou Margarida. “Você sabe, por mais que a gente tenha feito tudo, a gente tá aqui pra salvar, não é pra perder paciente e ainda mais nós que não estamos acostumados com isso”.

Margarida fala ainda, desta vez já descontraída, que um usuário etilista, que está todos os dias na unidade pra medir a pressão e que acompanhou a situação, disse que a partir daquele momento se cuidaria mais. (UBS G, pág. 55)

A percepção de uma ABS que tem o papel de fazer “prevenção e promoção”, além de educação em saúde, persiste no discurso e na prática de muitos profissionais. No limite, fazem a oferta “preventiva”, mesmo diante de uma queixa aguda:

Chega outra paciente para o acolhimento. Ela fala que passou no [Serviço ligado à Universidade], após passar na [UBS] e informarem que não havia consulta com o ginecologista disponível. Ela foi no Pronto Socorro da [Universidade] e falaram que a dor ia passar, mas não passou. Não havia GO naquela hora.

A enfermeira questiona se já coletou exame preventivo, ela oferece e reafirma que ela DEVE fazer todo ano. **“Ok, mas e minha dor?”**, pergunta a paciente. A paciente referia uma dor em fossa ilíaca esquerda, insuportável, que não melhora com diclofenaco. Já estava há nove dias com a dor. Ela **encaminha a paciente verbalmente ao Pronto Socorro da [Universidade]** porque lá teria ginecologista de plantão. Não entrega nenhum documento, papel, nada orientando o PS do caso. **“O que podemos oferecer é o preventivo. Abre toda segunda feira é só vir pedir.** Mas você vai ter que investigar o que pode ser. O enfermeiro não pode dizer”.(...)

Na hora de encerrar o horário de acolhimento (17h) ela fala que só tem uma vaga para um dos médicos, por isso não vai marcar ninguém pelo risco de chegar uma urgência. (UBS B, pág. 26)

As equipes realizam ações de prevenção e promoção, com potências importantes para o cuidado:

[No grupo de aferição de pressão arterial] Duas enfermeiras e duas técnicas da unidade iam discutir sobre um grupo que foi iniciado naquele dia. Como a demanda por aferição da PA estava muito grande, eles optaram por fazer um grupo no início da manhã para primeiramente orientar aqueles pacientes da necessidade de medir a PA e qual a frequência adequada. Todos estavam muito animados com a boa receptividade dos usuários. Havia um receio que eles entendessem esse momento como um recusa ou postergação do atendimento, gerando algum conflito. Mas isso não ocorreu. Eles entenderam e até fizeram algumas perguntas ao final. **Um deles nem sabia porque media a pressão 3 vezes por semana, apesar de não ter nenhuma doença ou sintoma que justificasse isso – “foi alguém aqui do posto que me orientou!” falou ele.** Aparentemente o grupo foi para orientar com que frequência se deve aferir, e não chegaram a falar a respeito da Pressão Alta em si.

Elas contaram que **na correria de medir a pressão de tantos pacientes, elas não tinham tempo de olhar caso a caso e explicar melhor a respeito da conduta a ser tomada.** (UBS B, pág. 59)

[Horta Comunitária] Após regar a horta vamos todos à sala da assistente social, pois precisam preparar as fotos das atividades de

2013 para colocar no mural. A assistente social comprou placas de isopor, fita dupla face e as fotos já estavam separadas. Enquanto arrumam as fotos me contam as histórias referentes às imagens. O Dia da Mulher, que teve uma caminhada, “até os homens participaram”, a colheita da abóbora, “estas das fotos são as menores, as grandes nós já tinha levado”, comenta o cunhado. A assistente social orgulhosa do grupo conta que fizeram um doce e distribuíram para os pacientes. Também fizeram pequenas embalagens com a colheita das ervas medicinais e distribuíram para os usuários. Outras fotos mostram as atividades dos grupos, como a dança circular e outras práticas “integrativas” que agora a assistente social não pode mais ministrar devido ao conselho de classe. Os grupos também são formados pela fonoaudióloga e pela terapeuta ocupacional. Foi um momento bem descontraído, aproveitei para tirar foto do mural com o grupo. (UBS F, pág. 11)

Os trabalhadores reconhecem a importância da educação em saúde na composição do cuidado na ABS, que acontece em qualquer espaço de encontro com o usuário:

[Com a auxiliar de enfermagem na sala de procedimentos] Pergunto se ela vê o resultado do seu trabalho. Ela responde que o maior resultado é quando ela consegue orientar alguém, **“é quando um médico fala – hoje eu salvei uma vida cara! – mas é aquela coisinha mínima sabe... de orientar alguém!”** Ela conta alguns casos que a deixaram feliz, como o de um senhor com dor na face que ela orientou ele a procurar um dentista e isso se mostrou necessário e efetivo para ele. Conta de uma senhora negra que não sabia que ela também precisava utilizar filtro solar e ela pode informar isso a ela.

“Nosso trabalho não pode ser mecânico! Você tem que prestar muita atenção no que você está fazendo”. “Se você cair no automático está na bosta.” (UBS B, pág. 16)

Assim como a educação em saúde, utilizam de outras estratégias típicas da ABS na composição do cuidado, o que nem sempre resulta em alguma ação direcionada para o diagnóstico apresentado:

[Em conversa com a técnica de enfermagem] **Nesse processo de acompanhar os exames alterados, ela já percebe quais são as regiões às quais a [UBS] é referência, com maior quantidade de exames alterados. Ela atribui isso à alimentação inadequada. Compreende a dificuldade que é para eles em melhorar sua alimentação, pelas questões sociais.** Questiono se os agentes comunitários sabem orientar alimentação. As 3 agentes que estavam na sala, disseram que não tiveram nada sobre isso. **As formas de intervenção da unidade sobre essa questão, eram alguns grupos sobre doenças crônicas, o grupo dos exames e medicações de alto custo e as orientações individuais na consulta. As residentes multiprofissionais também colaboravam nessa questão, mas mais direcionadas às crianças.** (UBS B, pág. 23)

A tensão conceitual em torno papel da ABS se refere, muitas vezes, às características da prática médica nas Unidades Básicas. Na cena abaixo o médico relata uma experiência em região rural, quando tinha poucos recursos, mas *“fazia bem a Medicina de Família. Conhecia os pacientes pelo nome, fazia visita domiciliar”*, referindo-se à atuação exclusiva do médico, em um modelo aparentemente semelhante à “APS Seletiva”. Este modelo, fortalecido em Alma Ata (UNICEF, 1979) e vivenciado de forma heterogênea no Brasil – com destaque para a primeira indução de modelo na década de 90 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994, 1997a) – parece ainda permear a conceituação de ABS para muitos profissionais de saúde:

[Em conversa com médico no café] Ele (médico C) fala que trabalhava em uma unidade rural, não lembro em qual estado. Ele trabalhava em uma região com duas unidades, que cobria aproximadamente 600 famílias. Uma região com a população mais parecida com a da [UBS] e outra com pessoas bem mais simples (ele não considerava a população da [UBS] que estávamos das mais simples/vulneráveis – eu tb não...). O PA ficava a 50 km de distância. Tudo consulta marcada. Não tinham muitas coisas que se podia fazer por lá. Nenhuma medicação injetável. Atendiam coisas simples. Até a ambulância demorava demais para chegar quando precisava. Não tinha eletro. **“Nosso negócio era cadeia”**. Encaminhava muita coisa. Também não tinha muitos exames laboratoriais para pedir. Nessa região ele então atendia em duas unidades, pela extensão do território. **Mas afirmava que fazia bem a Medicina de Família. Conhecia os pacientes pelo nome, fazia visita domiciliar.** Tinha dois horários de visita por semana. (UBS B, pág. 27)

Para o médico dessa cena, o fato de exercer uma clínica cuidadosa e dedicada propiciava a ele fazer atenção básica. No material empírico, podemos ver que esta é uma questão para os trabalhadores, a partir de diferentes situações que denotam a confusão e/ou insegurança quanto à função da ABS:

[Em conversa com a gerente] Sobre as fragilidades da Atenção Básica, **ela identifica que os profissionais não estão apropriados do que é “fazer atenção básica”**: **“O profissional (enfermeiro ou mesmo o ACS) não sabe por que faz visita. Como vai convencer o usuário de que a sua visita é importante?”**.

Seguindo a lógica de que as coisas são feitas “de forma amadora”, como disse no princípio... “a formação dos profissionais de saúde é ruim, cadê um curso técnico para ACS? Desde que cheguei percebi que estou mexendo na zona de conforto de alguns por aqui...”. Para ela, mesmo para o NASF falta clareza do seu papel, mas já avançaram neste sentido e conseguiram construir algumas coisas localmente. (...)

Sobre os problemas da atenção básica, ela destacou a dificuldade do acesso, o que segundo ela explica a tensão na recepção: “as pessoas já chegam armadas”, além da dificuldade na **comunicação**: “o profissional nem sempre tem boa vontade de ligar no outro serviço e orientar corretamente o usuário, e então este bate de porta em porta sem conseguir resolver seu problema”. Também foi pontuada a falta de recursos humanos, faltam profissionais. Além disso, os problemas na formação também se destacam. Segundo ela: **“O profissional pode até pensar: ‘por que eu vou correr atrás de uma gestante? Problema dela se faltar em consulta!’ Mas este é o trabalho dele, na AB tem que fazer monitoramento!”** e **“a AB, quando bem feita, muda a vida das pessoas com a promoção à saúde e busca ativa”**. (UBS E, pág. 32)

[Na reunião de equipe ESF] O G.O. chega. *(Alguém havia ido chama-lo a uns 15 minutos atrás).*(...)

G.O. fica calado o tempo todo. Orientadora diz que não pode escolher pela demanda dos três (parece que tem mais alguém que está fazendo TCC).

G.O. – Acho importante o acompanhamento das gestantes. Gestante obesa tem 6X mais risco que as demais. **Pensar em saúde coletiva é pensar em patologia ampla e irrestrita. Nutricionista, psicólogo e médico.**

Enf.- Acho que esse é um olhar 100% biomédico, de patologia. Não dá para caracterizar com fatores de risco. É preciso abrir o olhar.

Dentista – Concorda com o médico, pois há uma mistificação em torno de atender gestante. Isso desde a concepção até o parto. O anestesista opta por anestesiá-la uma magra que uma gorda.

G.O. - Deu pra entender o que eu tô falando?

Orien - Estou vendo que as pessoas estão ficando quietas. **É um desafio trabalhar em PSF**, fazer com que todos participem da reunião.

G.O. - **Primeiro que aqui não é PSF, está sendo implantado. Não tem equipe completa.**

Orien - Mas aqui é uma equipe, ou não é? Foi o que me disseram. (...)

Orien - Tem alguma sugestão de como se aproximar da forma de trabalhar do PSF?

Auxiliar - As coisas foram jogadas muito “em cima”. “Toma os casos e vai embora trabalhar como PSF!”

G.O. - Está faltando o básico: **qual é a função do PSF?**

Dentista - **É uma velha estrutura com uma nova proposta.**

ACS - Não é que alguém chegou e disse: “olha a partir de agora vocês devem trabalhar dessa forma” e explicou e a gente aprendeu. Funciona assim: “Você tá fazendo errado, a culpa é sua e pronto!”(...)

(Médico tem tom paternalista, um tanto pedante, usa muitos ditados populares e metáforas meio desconexas)

Dentista - O problema de todo PSF no município é o seguinte: Eles não fazem nada nos moldes tradicionais, não seguem regras, eles são adaptados. O que é adaptado não tem comparação. Então você não é comparado, não recebe crítica. Você não tem espelho pra se moldar, crescer... Como a pessoa pode virar um PSF real, como vai você seguir as regras do ministério se você é incomparável? Se o território é maior do que deveria? Se atende mais pessoas que deveria? Tudo é no imaginário... No imaginário não funciona!

Medico interrompe as falas toda hora. “Não vejo interesse das pessoas jovens aprenderem com a gente. Nego se manda e a gente segura bucha.”

Parece haver visões diferentes na equipe, em torno no que seja “fazer o PSF”. Seria pela existência de equipe completa? Ou pela extensão da área que tem sob sua responsabilidade? O médico reforça o olhar epidemiológico da saúde coletiva, que é questionado pela enfermeira, que julga ser este um “*olhar 100% biomédico, de patologia*”. Para a dentista, trata-se de “*uma velha estrutura com uma nova proposta*”, nos conduzindo à reflexão de que a mudança de modelo pode não fazer sentido para a maioria das equipes.

A cena continua, e o profissional médico retoma sua percepção, oferecendo-se para “ensinar” aos demais “*como é o olhar clínico*”.

ACS3 - Vamos voltar no que a gente estava falando? Eu acho que mesmo sem saber direito o que é o PSF, eu acho que estamos trabalhando nele. Estamos engatinhando antes de poder andar.

ACS 4 - As pessoas querem respostas imediatas.

G.O. - Vocês são o meu braço lá fora. Deve haver uma simbiose, desde que vocês façam o que a gente pede! A pessoa tem que ter humildade! Não dá pra ficar só engatinhando! (...)

Surge uma questão da demora de entregar exames. Depois uma questão com os prontuários. O médico acha que o prontuário pertence somente ao médico e ao paciente. ACS acha que pertence a ela também já que ela abre prontuários dos pacientes. “Eu sou profissional da saúde, ou não? Eu sou responsável, eu tenho um número e um carimbo!”

Médico diz que está cansado.

ACS - É a primeira vez que você participa da reunião e já está cansado?

G.O. - As coisas que eu digo aqui devem ser respeitadas. Assim como eu respeito coisas que eu não gosto de ouvir. Que por exemplo tem gente aqui que não sabe o básico, isso não é engatinhar é ficar parado no tempo!

Medico se levanta para tomar um café na hora da finalização da orientadora, que pede insistentemente pra que ele fique.

Orien - O PSF tem quatro eixos desafiadores que são: a Promoção, Prevenção, Assistência e Reabilitação. Formar profissionais assim e que trabalham em equipe é muito difícil. A proposta do PSF nasceu em 1960, começou a se consolidar com o ensino comunitário, o SUS tem 25 anos, o que é muito recente. Quase todos aqui nasceram em outro sistema de saúde. Mudanças angustiam. Mas trabalhar com saúde é isso, porque você lida diretamente com o sujeito que pede o cuidado.

G.O. - Pra não dizer que eu não dei a chance, se vocês quiserem eu posso ficar um dia depois do expediente explicando no data show como é o olhar clínico. (UBS C, pág. 14)

De fato, parece que o caminho percorrido pela ABS em nosso país imprimiu nos trabalhadores diferentes marcas: a ABS Seletiva, com ações simples e pontuais; a dicotomização entre assistência médica individual e o cuidado mais coletivo; o enrijecimento de práticas baseadas nos “Programas Verticais”, com a priorização a partir de certas condições de saúde (ex: gestantes); e o marcado discurso preventivista, que atribui à UBS o local de prevenção e promoção à saúde, em detrimento principalmente ao atendimento de “quem chega à UBS”.

As formulações oficiais buscaram ampliar estas margens, de encontro às necessidades percebidas pela população. No entanto, os profissionais parecem perseguir o “mesmo rio”, com um predomínio de ações planejadas e com pouca permeabilidade às demandas dos usuários.

5.6. Plano de Visibilidade 6: Demanda sem fim por atendimento, oferta

limitada de atendimento. A demanda principal é por atendimento médico. A rigidez das regras que os trabalhadores estabelecem dificulta a flexibilidade diante das necessidades das pessoas. O Acolhimento, diretriz para qualificar escuta e acesso, nem sempre cumpre seu papel, e é gerador de tensões.

“eu sei que o que faço é errado em não divulgar a data da abertura da agenda, mas a última vez que divulguei tinham mais de 200 pessoas na fila e foram disponibilizadas somente 60 vagas. A fila dobrava o quarteirão”. (Gerente, UBS F)

Ele se mostra irritado no momento. Fala que o “acolhimento” faz isso com ele. Ele se queixa que o acolhimento sobrecarrega o enfermeiro e mesmo assim não sente que seu trabalho ali é resolutivo. Tem que mandar as pessoas para o pronto socorro, mesmo as coisas mais simples, porque não tem vaga para o médico. (Enfermeiro, UBS B).

A ABS foi caracterizada como porta de entrada preferencial do sistema de saúde desde sua regulamentação, na PNAB de 2006, apresentando entre seus fundamentos “possibilitar o acesso integral e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos”, em um território adscrito que permita “o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade”. E ainda,

efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006)

A concepção de Redes de Atenção à Saúde trouxe a ABS para o centro, como ordenadora do cuidado e ponto central de comunicação,

pela centralidade nas necessidades de saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2010b)

Neste contexto, o acesso é ponto crucial, como apontado pelo Decreto 7.508/2011, que regulamenta a Lei n. 8080/1990 e dispõe sobre a organização do SUS:

O acesso universal e igualitário às ações e aos serviços de saúde será ordenado pela atenção primária e deve ser fundado na avaliação da gravidade do risco individual e coletivo e no critério cronológico, observadas as especificidades previstas para pessoas com proteção especial, conforme legislação vigente. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011a)

A última formulação da PNAB reforça estes atributos, reiterando o papel da ABS na garantia do princípio da Universalidade. Cabe, então, à ABS

possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da RAS (primeiro contato), acolhendo as pessoas e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. O estabelecimento de mecanismos que assegurem acessibilidade e acolhimento pressupõe uma lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde que parte do princípio de que as equipes que atuam na Atenção Básica nas UBS devem receber e ouvir todas as pessoas que procuram seus serviços, de modo universal, de fácil acesso e sem diferenciações excludentes, e a partir daí construir respostas para suas demandas e necessidades. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

Estes apontamentos trazidos nas formulações oficiais representam um importante desafio para as equipes, como pudemos verificar no material empírico:

Após o almoço, na recepção se formou uma fila. **Uma moça queria fazer o cadastro na UBS, mas o recepcionista (K) informou que o cadastro só é feito pela ACS em visita domiciliar. Ele perguntou o endereço, e avisou que a ACS que passaria na casa dela está de férias, e só volta no final do mês. A moça insistiu, dizendo ser nova na área e que desejava renovar sua receita de anticoncepcional, mas (K) já foi logo avisando que é preciso morar há 3 meses no bairro para fazer o cadastro na UBS.** No final das contas, (K) anotou os dados da moça, dizendo que passaria para a equipe tomar providências. Neste caso eu senti muita vontade de intervir, porém me contive, pois entendi que o recepcionista daria continuidade de alguma forma.

Depois disso, um homem tentava agendar consulta para seu filho de 1 mês de idade. (K) informou que a agenda do médico ainda não está aberta (só estão agendando consultas para HAS e DIA). **O homem se irritou, dizendo que já tinha ido até outra UBS, e que não conseguiu agendar por não residir na área de abrangência, e nesta UBS onde ele pode agendar não tem médico.** (K) anotou os contatos dizendo que passaria o caso para o médico. (UBS E, pág. 17)

O acesso, ponto central para se concretizar os princípios da ABS, aparece mediado por regras que, muitas vezes, dificultam – ou até impedem – que o usuário “chegue” até a equipe de saúde. Na cena, as adversidades vividas no cotidiano do serviço, como as férias da ACS e a ausência do médico da equipe, pouco modificam as rotinas previamente definidas. Apenas após a reclamação dos usuários, a recepcionista ensaia um movimento contrário, e anota as informações a serem discutidas com os profissionais.

Nas cenas seguintes, estão descritas as dificuldades em acessar ações e serviços “típicos” da UBS, como exame de tuberculose, coleta de exame Papanicolau, vacinas e consultas de puerpério e de recém-nascido:

Quando cheguei, elas estavam falando da auxiliar (M), a bonitona da equipe [ESF] que fica brincando com fogo, por que ela não atendeu uma mãe que tinha que fazer um exame de tuberculose no filho e deixou a mulher esperando, quando a mulher começou a fazer escândalo chamaram a clínica (G) para amenizar.

História contada pela auxiliar (M): **a mulher chegou aqui 12h05, ela sabia que eu só atendo até 12h00, não estou à disposição dela**, também agora não vou fazer mais o exame de tuberculose, só eu fazia aqui, já era um favor para a coordenadora da unidade (E), agora que se virem. Relatou que não vai mais correr risco, percebi que ficou com medo, todos falaram que a mulher ficou muito brava e ela é esposa do chefe do tráfico da região. (UBS A, pág. 33)

[No mesmo dia, a pesquisadora está indo embora da UBS] Fui para o ponto de ônibus para ir embora e lá estava um casal que tinha passado na recepção com um recém-nascido e não tinha conseguido dar a vacina porque tinha passado das 12h00. Perguntei para eles se eles tinham conseguido o atendimento e eles falaram que não e que estavam indo na Maternidade registrar a criança para que o bebê possa ser atendido na unidade. Tinha outra mulher no ponto de ônibus e ela falou que na unidade não tem médico e que ela está fazendo o papanicolau em outra unidade, por que o Doutor (E) ginecologista da equipe vermelha, **que também atende a equipe verde, nunca abre a agenda**. O casal era muito novo, aparentado menos de 20 anos, **ela falou que a última vez que passou com o Dr. (E) foi um mês antes do nascimento, que não conseguiu marcar nem retorno do pré-natal**. (UBS A, pág. 34)

Em algumas situações, o acesso ao serviço é percebido como uma responsabilidade do usuário, e não um direito com o qual a equipe tem compromisso. As regras prevalecem:

[Na sala da odontologia] Peço para ficar um pouco com eles na odontologia. Estavam na sala uma dentista e uma auxiliar de

dentista. Elas chamam uma paciente que veio encaminhada pela enfermeira da unidade. Era uma gestante. A dentista faz a avaliação e propõe uma data para retorno. A paciente fala que não pode naquela data proposta. A dentista fica incomodada. "eu estou fazendo o possível para te ajudar!" fala ela. Em seguida ela propõe outra data. E novamente a paciente não pode devido ao horário. **"Eu estou fazendo o que eu posso! Se você não pode nesses horários não tem nada que eu possa fazer!"**. Comenta novamente a dentista. Ela informa que vai pedir uma panorâmica, mas até sair o exame, é bem provável que a criança já tenha nascido. Ela orienta a paciente a continuar o acompanhamento com a enfermeira e que ela iria discutir seu caso com a enfermeira posteriormente. (UBS B, pág. 42)

[Em conversa com a enfermeira da equipe ESF] **Ela comenta que não tem vínculo com nenhum paciente da área. Tem alguns que ela nem quer ter.** Conta o caso de uma paciente que ficava atrás dela para conseguir jeitinhos... Ela fala de um caso de uma paciente que pede algo a mais. Ela sabe que sempre a paciente vai voltar para pedir mais coisas. **Enfermeira C me conta de um caso de uma paciente persistente que sempre queria dar um jeitinho de ser atendida na hora que desejava. "Por isso sou chata. Quero as coisas certinhas. Não quero que as pessoas fiquem querendo dar um jeitinho"** comenta ela. (UBS B, pág. 27)

A profissional relata sua percepção referente à busca dos usuários pelo atendimento às suas necessidades: *"Não quero que as pessoas fiquem querendo dar um jeitinho"*. Na cena abaixo, a ACS "flexibiliza", deixando claro que age em contraposição aos combinados da equipe:

[Na visita domiciliar com a ACS] Chegamos à casa de mais uma usuária que perguntou pelo médico. Ela comenta que com ela está bem, mas o seu marido está com uma grave infecção na perna, que já tinha ido à unidade tentar marcar e que não conseguiu consulta com brevidade. A ACS orienta a usuária: **"Não vai na recepção não, se você for na recepção você bate e volta. Chega na unidade e vai direto no consultório da enfermeira, mostra pra ela e peça pra ela marcar uma consulta com a médica de outra equipe com urgência. Mas não fala que eu te falei isso, viu?"** Quando saímos de lá Sônia diz que já tinha passado este caso em reunião de equipe e que a enfermeira não priorizou. Diz que se sente frustrada com isso. (UBS G, pág. 56)

A dificuldade de acesso é percebida de forma diferente pelos profissionais, em particular pelos ACS, talvez por seu contato mais próximo dos usuários:

[Na reunião de equipe ESF, processo de autoavaliação do PMAQ] Uma das questões era sobre o acesso e tempo a esse acesso. Parte da equipe questionou qual a opinião do usuário, se era confortável para ele. Toda a equipe estava chegando em um consenso de nota 7 ou 8 mesmo entendendo a demora e a fila da odontologia trazida pela equipe de odonto presente. As agentes comunitárias estavam

bem desanimadas durante toda a discussão. Não haviam participado de nenhum momento até então. Nessa hora a equipe tencionou para que elas participassem. **“Eu daria nota 4”, disse uma das agentes, “porque realmente demora muito!”**. A equipe ficou “agitada” com a nota (ok, melhor você não falar mais, alguém brincou...) e chegaram a uma nota 5 como nota final, “em consideração a avaliação da agente” um dos enfermeiros falou. (UBS B, pág. 30)

Nas cenas que seguem, a dificuldade é em acessar especificamente a consulta médica:

[Dia de marcação de consulta] Neste momento o guarda já vem com as fichas para distribuir. Foram 64 fichas brancas e 12 fichas amarelas. Alguns pacientes avisam que querem tentar encaixe com o clínico ou ginecologista e são direcionados para darem o nome diretamente na recepção. Logo a recepcionista informa ao guarda “Já avisa que quem vai tentar o encaixe não pode agendar consulta, não pode utilizar duas vagas, tem que deixar para outro paciente”, “maneira com as fichas, pois são poucas vagas para clínico”. Ele olha para mim e comenta “como é que eu faço isso?”

O guarda é sempre muito simpático, diz bom dia a todos e pergunta o que desejam e orienta os usuários.

Quando entro para unidade os poucos bancos na frente da recepção não comportam todos os usuários e grande parte estão em pé. Tem mais banco no interior da unidade, mas ficam longe e os pacientes se aglutinam na recepção.

Logo vem mais um informe **“Não vai poder agendar para mais de uma pessoa, cada pessoa só terá direito a um agendamento”**

Os informes são sempre passados pela Beatriz (recepcionista)

A recepcionista Nelma me explica **“é um agendamento por família, eles têm que escolher quem precisa mais”** (UBS F, pág. 30)

As dificuldades enfrentadas pelos usuários – e também pela equipe – apontam para uma provável insuficiência de ofertas na UBS, colocando nas “mãos” dos próprios usuários a viabilização do princípio da equidade: *“é um agendamento por família, eles têm que escolher quem precisa mais”*.

[Dia de marcação de consulta] Neste momento uma enxurrada de pacientes veio à recepção;

Usuários: “você disseram para vir hoje”, “a semana passada eu não consegui, hoje não consegui de novo”.

Recepcionistas: “Tem que chegar cedo!”

Usuários: “O que? São sete e meia e o posto só abre as sete”

Recepcionistas: “as pessoas que conseguiram chegaram às 5h”

Usuários: “como faço meu remédio acabou” “tenho exame para mostrar” “O médico disse que queria me ver daqui a três meses”

Recepcionistas: “venha a semana que vem ou tenta encaixe”

Usuários: **“já tentei encaixe vários dias e não consegui”**

Recepcionistas: “tem que chegar cedo”

Usuários: “mas são sete horas e não tem mais ficha nem encaixe”, “Cheguei as seis”.

Cada um quer discutir o seu caso com a recepcionista, ela tenta direcionar a conversa para cada usuário e é sempre muito atenciosa, e explica que não tem o que fazer. Mais tarde ela comenta comigo “Você viu? eles vêm tudo em cima da gente, a gente fica louca com eles falando tudo ao mesmo tempo”, **“Apesar do tumulto, hoje foi um bom dia, ninguém faltou com educação. Tem vezes que eles ficam nervosos, batem na mesa, xingam a gente. Minha pressão sobe, por isso eu tenho que tomar remédio todo dia, nunca sei quando vou ficar nervosa”** (UBS F, pág. 31)

Diante das dificuldades, são pensadas novas formas de lidar com a demanda. Na cena que segue, os usuários parecem contar com a “sorte”, e a gerente declara sua insatisfação, e se vê impotente diante da demanda “ilimitada”:

[Em conversa com a gerente, sobre a decisão de abrir a agenda sem divulgar a data aos usuários] Em relação ao agendamento das consultas comenta **“eu sei que o que faço é errado em não divulgar a data da abertura da agenda, mas a última vez que divulguei tinham mais de 200 pessoas na fila e foram disponibilizadas somente 60 vagas. A fila dobrava o quarteirão”**. (UBS F, pág. 92)

O Acolhimento, necessidade percebida para garantir e qualificar o acesso à rede básica ainda nos anos 90 (MERHY, 1994), foi assumida como “diretriz” de implantação da Política Nacional de Humanização, HumanizaSUS, na ABS: “Estabelecer formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Já na primeira formulação da PNAB, em 2006, o Acolhimento aparece na composição do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica: “VI - implementação das diretrizes da Política Nacional de Humanização, incluindo o acolhimento”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

Em 2011 e 2017, a PNAB reforça e amplia este compromisso com o acesso ao serviço, com a escuta dos usuários, a identificação de suas necessidades de

saúde e a construção de ofertas adequadas a estas demandas. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012, 2017). A PNAB de 2017 detalha as diferentes possibilidades de constituição do acolhimento à demanda espontânea na ABS:

- a. Mecanismo de ampliação/facilitação do acesso - a equipe deve atender todos as pessoas que chegarem na UBS, conforme sua necessidade, e não apenas determinados grupos populacionais, ou agravos mais prevalentes e/ou fragmentados por ciclo de vida. Dessa forma a ampliação do acesso ocorre também contemplando a agenda programada e a demanda espontânea, abordando as situações conforme suas especificidades, dinâmicas e tempo.
- b. Postura, atitude e tecnologia do cuidado - se estabelece nas relações entre as pessoas e os trabalhadores, nos modos de escuta, na maneira de lidar com o não previsto, nos modos de construção de vínculos (sensibilidade do trabalhador, posicionamento ético situacional), podendo facilitar a continuidade do cuidado ou facilitando o acesso sobretudo para aqueles que procuram a UBS fora das consultas ou atividades agendadas.
- c. Dispositivo de (re)organização do processo de trabalho em equipe - a implantação do acolhimento pode provocar mudanças no modo de organização das equipes, relação entre trabalhadores e modo de cuidar. Para acolher a demanda espontânea com equidade e qualidade, não basta distribuir senhas em número limitado, nem é possível encaminhar todas as pessoas ao médico, aliás o acolhimento não deve se restringir à triagem clínica. Organizar a partir do acolhimento exige que a equipe reflita sobre o conjunto de ofertas que ela tem apresentado para lidar com as necessidades de saúde da população e território. (...) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

A aproximação com o cotidiano das equipes lançou luz à operacionalização deste dispositivo pelos trabalhadores, como “amplificador” de acesso e das possibilidades de cuidado, mas também como ponto nevrálgico, e conflituoso, do trabalho na ABS.

Na cena abaixo, o acolhimento inscrito nas formulações da Política de saúde é expresso pela fala dos atores da Gestão, tanto da Unidade quanto do Departamento de Atenção Básica (DAB) do município:

[Na reunião geral] Gerente: **o acolhimento não tem que barrar ninguém na porta. Todo mundo tem que ser atendido!**

Agente fala em tom de brincadeira: “Outro dia eu mesma quis ver a perna machucada do paciente!”

Enfermeira 2: “Todo mundo está achando que enfermeiro não cansa. Temos que trabalhar juntos!”

[A técnica do DAB] intervém: “Acho que está claro que alguns profissionais não entenderam qual é a sua função. Temos que discutir o que é o acolhimento, o acolhimento da recepção...”

Enfermeira: **“Acolhimento não é uma sala, é uma escuta!”**

Agente 1: “Se o paciente não consegue consulta nem com o médico, devo encaminhar para o acolhimento?”

Agente 2 responde: “Se a pessoa está passando mal a gente manda para o acolhimento.”

[A técnica do DAB] fala da necessidade de rever o fluxo para minimizar os conflitos. Afinal perde-se a credibilidade do paciente, quando ele fica “pipocando” de um setor a outro. Está claro que a agenda não deve estar adequada. (UBS C, pág. 9)

Em outra situação, chama a atenção da pesquisadora a pouca proximidade da equipe com o termo: *“parece que a palavra acolhimento não está no plano discursivo das equipes”*.

[Em conversa com a gerente] Pergunto sobre acolhimento e sobre a queixa aguda, que na UBS eles chamam de “eventuais”. As recepcionistas e depois a auxiliar de enfermagem que chegou na sequência explicaram que **apenas as pessoas que chegam com queixa aguda passam pela auxiliar e enfermeira que avalia e encaminha pra atendimento médico se necessário**, “batendo na porta do médico” da equipe de referência e **geralmente “ele não nega atender”**. *Mas parece que a palavra acolhimento não está no plano discursivo das equipes.* (UBS G, pág. 6)

Um dos objetivos do acolhimento, de favorecer a resolatividade das situações que chegam até as equipes, incluindo a articulação com outros serviços quando necessário, parece não fazer sentido para alguns profissionais, como a enfermeira da cena abaixo:

[Em conversa com a enfermeira da ESF] Ela destacou a pouca ou inexistente consulta de enfermagem. Onde ela iria orientar, perguntar da alimentação e ver sobre atividades físicas, renova receitas, solicita exames de rotina, contrapondo com o trabalho dela no acolhimento. **Ela não considera aquilo (o acolhimento) como papel dela como enfermeira**

Ela fala que não consegue ter um olhar para o território a partir do acolhimento, é algo mais espalhado. O acolhimento atende qualquer pessoa, a única coisa é o hiperdia (“os pacientes do grupo são só da minha área”) e as visitas que dá pra ir e ver como é a realidade do seu território.

Ao perguntar da relação com as outras instituições, ela fala que essa história de “rede horizontal” não existe. Que cada um é uma bolha. (UBS B, pág. 27)

Nesse caso, a profissional contrapõe sua ação no acolhimento com as demais atribuições que lhe cabem como enfermeira da ESF. Outros profissionais compartilham dessa percepção, como na cena abaixo:

[Em conversa com o enfermeiro] Fiquei na sala de acolhimento para conversar com o enfermeiro A. Ele trabalha na unidade há dois anos e meio. Pessoa sempre sorridente e muito querida por todos da unidade tratando e sendo tratado com muito carinho e afeto.

Quando entro na sala, ele e a enfermeira C estão mexendo no computador. Lidam com uma tabela. Eles me contam que são suas listas de pacientes hipertensos cadastrados na equipe do enfermeiro. São mais de 280 pacientes. Ele não sabe dizer qual seria a estimativa para sua equipe.

Ele se mostra irritado no momento. Fala que o “acolhimento” faz isso com ele. Ele se queixa que o acolhimento sobrecarrega o enfermeiro e mesmo assim não sente que seu trabalho ali é resolutivo. Tem que mandar as pessoas para o pronto socorro, mesmo as coisas mais simples, porque não tem vaga para o médico. No momento que converso com ele, entra na sala a enfermeira C.

“se tivesse uma conversa mais aberta entre o enfermeiro e o médico”; “olha, é uma amigdalite”; “não custa ele falar – abre a boca!”. Essa pressão pela vaga... (UBS B, pág. 10)

De fato, como apontado na Política, a realização do Acolhimento prescinde de uma reorganização do processo de trabalho nas Unidades de Saúde. Em dissonância com a PNH, muitas vezes o Acolhimento é visto como “mais uma tarefa”, e não como uma diretriz transversal ao trabalho cotidiano das equipes. Muitas vezes, a demanda por consulta médica expõe essa percepção, gerando conflitos e tensões nas equipes:

[Em conversa com o enfermeiro] O enfermeiro A me pergunta sobre a pesquisa e o que eu estudo na Unicamp: Você tem aula com o Gastão? Fala pra ele vir aqui! Atender aqui no acolhimento! Eu quero conversar com ele. Risos.

Eu queria que os médicos encarassem não como nós enfermeiros dando trabalho para eles.

Vocês já discutiram o que não deve ser encaminhado ao PS, eu pergunto. Já, responde a enfermeira C, mas não tem vaga. Se não tem vaga, não importa. Outras histórias surgem. **Eles se mostram inconformados com a dureza de alguns médicos em não avaliar pacientes e repassar para o enfermeiro a responsabilidade em encaminhar ao pronto socorro. A enfermeira C pergunta: “Você não se sente mal em ser mal tratado (pelos médicos) enfermeiro A?”**, “Eu sinto, mas eu me coloco do outro lado...”, responde ele.

Me chamou a atenção a declaração que a enfermeira C faz durante a conversa: “Faço tudo isso para chegar na minha realização profissional. Para poder falar que eu estou cumprindo com meu papel de enfermeira e eu estou fazendo bem para aquela pessoa. Isso eu me sinto bem”.

“O que me mata aqui é a impotência. Estou querendo até sair da assistência”, ela continua a enfermeira C. Eles finalizam a conversa comentando como eles não se sentem reconhecidos como profissionais da saúde. (UBS B, pág. 11)

[No acolhimento] Ela atendeu uma paciente com queixa de mancha no abdome associado a prurido. Acabou ocupando uma vaga do médico. Ela fala que tem dó de encaminhar isso ao PS porque eles vão mandar de volta pra [UBS].

Ela considera que se tiver um médico só para atender ao acolhimento, isso iria tirar o foco da saúde da família. Ia virar um Pronto socorro. **Criou-se essa regra com os médicos, só atender se tiver vaga. Se o paciente não vier, perdeu-se a vaga, não é recolocado outro paciente.**

Ela me conta que em uma reunião de equipe, um pediatra recém-chegado questiona: “Nada é daqui? Urgência é PS e o que não é urgência tem que marcar?” A partir daí mudou-se algumas coisas para encaixar pacientes do acolhimento. **Antes, isso não era feito**, ela me conta.

Um auxiliar chega para perguntar se tem vaga com clínico, era um paciente com hiperglicemia e sintomático. Ela responde rapidamente que no curso em que ela estava, naquele dia, a orientação era: hiperglicemia = PS. Mas que eles iam continuar com sua conduta até discutirem isso na unidade, então ela poderia ocupar uma vaga do clínico. E assim sai a técnica com a orientação a ser tomada. (UBS B, pág. 26)

A PNH, proposta para ser uma política transversal a todas as outras Políticas do Sistema Único de Saúde, aposta na indissociabilidade entre atenção e gestão, ou seja: a construção permanente do trabalho em saúde deve ser compartilhada entre os profissionais, com gestores e também com usuários. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Na cena abaixo, é descrita a insatisfação da médica, que parece ter pouca possibilidade de interferir na organização da agenda, e coloca o acolhimento em contraposição a realização do cuidado continuado aos pacientes crônicos:

[Reunião de equipe ESF] A médica faz uma crítica ao acolhimento e a classificação de risco e protocolo, segundo ela com o acolhimento ela não consegue atender com mais frequência os hipertensos, pelo que eu entendi, na sua visão a classificação de risco deveria ser feita pela equipe. **É uma crítica direta a organização da agenda, que**

seria invadida pelos casos oriundos do acolhimento, enquanto a equipe luta por um período por semana para seu controle. (UBS D, pág.46)

A corresponsabilização pelo processo de produção de saúde, um dos princípios da PNH, aposta que “as mudanças na gestão e na atenção ganham maior efetividade quando produzidas pela afirmação da autonomia dos sujeitos envolvidos, que contratam entre si responsabilidades compartilhadas no processo de gerir e cuidar”. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008). Na cena abaixo, o enfermeiro demonstra sua satisfação ao compreender melhor o resultado de seu trabalho no acolhimento, que parece ganhar um novo sentido:

[No acolhimento] Fui falar com o enfermeiro Rubens. Fazia algum tempo que não encontrava com ele. Dentre outras coisas, ele me contou que durante as últimas semanas, eles criaram uma tabela do excel que demonstrava alguns dados epidemiológicos do acolhimento. Desde idade, sexo, queixa principal e qual território geram mais atendimento. O ponto que ele mais destacou foi a resolutividade dos atendimentos. **Ele não esperava que eles resolvessem tanta coisa no Acolhimento.** Dos 44 atendimentos, 33 eles conseguiram “resolver”. Por resolver ele entende que o paciente saia com seu pedido atendido. Avaliação de exames, renovação de receitas, etc...

O que motivou a fazer essa tabela foi a agonia dele. **Agonia em não saber o que está produzindo, de ficar só atendendo, atendendo... “tem que pensar sobre isso, mapear o que estamos fazendo!”**

Ele falou do desenho da rede composta por muitos nós (ele viu em alguma palestra) e que os nós podem se romper. Ele acredita que a grande demanda do acolhimento é um nó solto da rede e agora o passo é localizar esse nó solto. (UBS B, pág. 21)

Por vezes, as cenas que emergem apontam para o fato de o Acolhimento não qualificar o cuidado, representando muitas vezes uma “porta” que pode se fechar para as necessidades dos usuários:

[No Acolhimento com a auxiliar de enfermagem] Uma menina, adolescente, entra na sala ansiosa e pergunta pelo resultado de um teste de gravidez. Margarida faz uma pergunta que a incomoda (e realmente achei um tanto estranha): “Você está grávida?”. E a adolescente responde: “É isso que eu quero saber”. A auxiliar diz que vai ver sobre o exame porque **mesmo que ele estivesse pronto teria que agendar consulta com a médica, mas que a equipe do seu território estava sem médico no momento** (equipe 3).

Quando a adolescente sai comento com Margarida de uma forma descontraída que eu não aguentaria aguardar tanto caso estivesse ansiosa para saber se estava grávida e fazia ideia da sua aflição.

Margarida diz que ia conversar com a enfermeira da equipe se ela poderia atendê-la naquele dia *(tive a impressão de que inicialmente Margarida não pensou em chamar a enfermeira, começou até a orientá-la que iria agendar. Acho que até por isso fiz o comentário, pois me coloquei no lugar da adolescente)*.

Mais um tempo se passou e pergunto sobre o acolhimento na unidade. Comento que pelo que estava acompanhando a unidade parecia que eles tinham uma demanda menor do que muitas unidades que eu conhecia. Margarida confirma, diz que antes o acolhimento era lotado, “a UBS parecia um PA, os usuários achavam que aqui era AMA. Mas começamos a orientar. **As ACS também trabalharam muito nisso. Elas também têm que fazer educação em saúde, né?**”

Margarida conta que não recusam a demanda espontânea, mas os usuários “**já entenderam a função da Saúde da Família**”. Diz ainda que a demanda do acolhimento só não é menor por conta da especialidade (a Unidade também atende especialidade) “Sabe como é, os pacientes passam no especialista e sempre dão uma passadinha pra medir a pressão e principalmente glicemia. Eles adoram furar o dedo, até mentem que o médico que solicitou”. (UBS G, pág. 55)

Nessa cena, destaca-se a percepção de que o acolhimento à demanda espontânea, assim como previsto na Política, não é uma atribuição da equipe da ABS.

Diante da demanda “infinita”, o potencial “cuidador” do acolhimento é relacionado com a possibilidade dos profissionais em ampliarem – ou não – a escuta e as ofertas, como na cena abaixo:

[No acolhimento com a enfermeira] Perguntei se ela ficaria ali hoje e me informou que estava cobrindo o setor até a auxiliar B chegar. Para puxar papo perguntei por mais duas pessoas da equipe e uma estava de folga e outra de férias. Ela foi mudando o tom de voz ao longo das respostas, foi ficando mais seco e monossilábico. Percebendo a situação, falei que aquilo não era nenhum tipo de chamada, mas pura curiosidade. **Comentei que a recepção estava vazia e ela me explicou que a primeira semana é quando abrem as agendas para o próximo mês, e por isso de segunda a quinta a unidade esteve lotada, mas que a esta altura as agendas já estavam quase completas.**

A enfermeira R atendeu, ali no acolhimento, alguns pacientes. De forma muito seca e até com certa pressa, na maioria das vezes encaminhou o paciente para agendamento de consulta médica.

Logo depois chegou a auxiliar B, que tomou seu posto. Foi aparente a mudança na forma de ouvir, ainda que com algum distanciamento às demandas trazidas pelo usuário, esta profissional tem um cardápio mais variado de ofertas. Oferece consulta com

enfermagem, grupo e até “nada”, quando entende que não existe uma demanda para a atenção básica. Entendendo o “nada” como alguma resposta que não inclui agendamento, mas uma orientação, um voltar no próximo mês quando a agenda reabrir. (UBS D, pág. 19)

Nesse PV, ficou destacada a multiplicidade de fatores que envolvem a realização de uma das diretrizes da ABS: o acesso. Esta é uma peça-chave para que a ABS possa exercer o seu papel, de oferecer o cuidado adequado, em tempo oportuno, de maneira a garantir o direito à saúde militado e conquistado desde o movimento da RSB. As cenas apontam para alguns aspectos que atravessam essa incongruência, como: a disponibilidade de ofertas – em geral centrada em consultas médicas – que não supre a demanda que bate à porta da Unidade; o estabelecimento de regras na tentativa de racionalizar o recurso existente, e que muitas vezes “cega” o profissional quanto às diferentes demandas e outras possibilidades de condução; e a percepção quanto ao modelo, de que não é papel da UBS atender a todos que a procuram.

O acolhimento, estratégia potente para suprir essa dissintonia entre oferta e demanda, e favorecer a ampliação do cuidado, é muitas vezes entendido pelo profissional como um trabalho “perdido”, que gera cansaço e sensação de impotência. Esse conflito se acirra quando a demanda é por encaixe, devido a queixas agudas.

Pensada para ser Porta de Entrada preferencial do Sistema de Saúde, a ABS opera, muitas vezes, como uma porta fechada, ora trancada, ora entreaberta, como que funcionando em conflito permanente com a “grande política”.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo teve, para mim, um significado especial, que vai além da conclusão de uma etapa formativa, na medida em que pude trabalhar melhor as diferentes percepções sobre a micropolítica da atenção básica que adquiri em meu caminhar profissional.

Minha trajetória na Saúde Coletiva foi construída em diferentes cenários, incluindo o hospitalar e o ambulatorial, mas, sobretudo, na atenção básica à saúde. O contato com o cotidiano do serviço a partir de diferentes perspectivas, seja como estudante (residente), trabalhadora, apoiadora ou gestora, despertou em mim, além do encantamento – que considero alimentar minha “militância” na área – diferentes “incômodos” que busquei explorar e entender melhor nesse trabalho.

Estes incômodos são, em sua maioria, referentes à diversidade de sentidos e práticas presentes no dia a dia das UBSs. Relacionam-se, de forma bastante simplificada, com a forma como os trabalhadores produzem o cuidado, na relação que estabelecem entre si e com os usuários, e também com a gestão, com a “grande política”, quais sejam, as diretrizes da Política Nacional de saúde para a ABS formulada pelo MS. Em síntese, trata-se da percepção da disjunção entre a formulação e implementação da política, nem sempre levando em conta os desejos e necessidades dos usuários, os sentidos que dão para os serviços de saúde, e as expectativas que neles depositam.

A partir daí, decorre o questionamento de por que isso acontece? Distante do entendimento de que há uma resposta simples e concreta para esta questão, busquei mais elementos nas minhas inquietações, na tentativa de formular hipóteses e perseguir pistas que favorecessem ampliar estas explicações, e provocar reflexões que pudessem contribuir para a redução de tal disjunção, tendo como peso e medida os movimentos e necessidades das pessoas reais que buscam os serviços de saúde. A investigação, em boa medida, reforçou meus pressupostos: a despeito de todo o esforço de construção de uma política de saúde mais alargada para a ABS – com a ampliação de suas diretrizes e das atribuições dos seus profissionais, a adoção de dispositivos para um cuidado mais integral, como as diretrizes de clínica ampliada e acolhimento por exemplo –, persiste entre os trabalhadores um “discurso

preventivista”. Tal discurso, de algum modo simplificador da complexidade do que está em jogo quando se trata do trabalho na atenção básica, parece justificar certa “acomodação” dos trabalhadores, que resulta quase exasperante para quem ocupa os lugares de gerência e gestão do SUS, “acomodação” em sua dupla face de baixa compreensão e adesão dos profissionais aos ditames da política. E, mais desafiador: os sentidos que os trabalhadores dão para o que seja a “atenção básica” tem um forte poder de nortear suas práticas, e interfere intensamente no modo como o cuidado em saúde é prestado.

Interessante salientar que minhas inquietações, produzidas ao longo da experiência no SUS, se acentuaram quando me aproximei da gestão, seja como apoiadora, seja como membro da gestão central, período no qual me integrei ao grupo de pesquisa da Unifesp, que desenvolvia a Pesquisa Matriz da qual retirei os dados que utilizei nesse estudo. A pesquisa buscava “olhar de perto” a política de saúde que era produzida de fato no cotidiano, quase sempre passando à distância dos gabinetes e de muitos registros acadêmicos. Nessas minhas considerações finais, destaco o quanto a metodologia da pesquisa, de recorte etnográfico, com presença prolongado em campo, favoreceu a aproximação com a dinâmica do cotidiano das equipes em sua dimensão micropolítica. O grupo de pesquisadores, a cuja dinâmica de encontros e reflexões me incorporei, me ajudou a ter uma visão mais matizada acerca do trabalho na ABS.

A organização das cenas em “planos de visibilidade” permitiu alguma “ordenação” do material empírico, tornando visíveis diferentes características do cuidado. Os planos são abertos, e suas “margens” são porosas, estabelecendo ligações uns com outros, sem nenhuma hierarquia. Ao contrário, a existência de diversas conexões entre eles reforça a complexidade do trabalho na ABS, e nos aponta alguns caminhos de reflexão.

Durante as várias revisões do material, foi comum a sensação de que esta ou aquela cena estavam em “lugares errados”, ou poderiam ser dispostas em outro plano de visibilidade, sempre mostrando alguma conexão entre eles. Ou seja: diante da intenção de conseguir certo ordenamento do material empírico, uma quase “categorização”, os planos evidenciaram a multiplicidade de elementos que compõem o cotidiano do serviço de saúde e a atuação dos profissionais da ABS, e

como estes elementos conectam-se entre si. Vejamos algumas dessas conexões, como exemplos:

- O fato dos trabalhadores apresentarem dificuldade em lidar com as questões sociais (PV1) – o que lhes exigiria ferramentas distintas daquelas oferecidas pela biomedicina – tem íntima relação com a (não) realização de uma escuta qualificada que permita a identificação de necessidades de saúde e a construção de possibilidades alternativas de cuidado (PV2). Uma abordagem moralista e de culpabilização dos usuários (PV3) impediria essa construção que, para ser concretizada, requer o trabalho em equipe (PV4). Ainda, esta possibilidade – de abordar as questões sociais – só vai “entrar” no serviço se o trabalhador entender que esta é uma atribuição que lhe cabe, o que tem a ver com a percepção de papel da ABS (PV 5).
- O trabalho em equipe (PV4) é fundamental na realização do cuidado, e poderia ser um ponto de intercruzamento e/ou conexão entre os vários planos.
- Um importante aspecto que o material empírico trouxe foi a forte conexão entre os “planos” 5 e 6, principalmente no que se refere à proposta da UBS funcionar como “porta aberta” como indicado na PNAB. Esta parece ser uma tensão constante entre os trabalhadores, o que se relaciona com a percepção de modelo, em particular o quanto a UBS deve ou não cuidar das urgências em detrimento de “atividades educativas”, ações programadas de prevenção e promoção e de cuidado continuado (PV 5), tudo isso se conectando ao insuperável desnível entre uma oferta limitada (de consultas médicas principalmente) e uma demanda que parece infinita (PV6). Um bom exemplo é resumido na fala de um médico recém-chegado à UBS: *“O papel da atenção básica é orientar, educação em saúde, não tem como fazer isso com a porta aberta do serviço!”*.

Vimos, no material empírico, dramas diários dos trabalhadores, que vivem um dilema decorrente (e recorrente) da discrepância entre demanda crescente e oferta finita; como se o desafio de organizar todas as ações que competem à ABS, seus fluxos, serviços e ofertas, ganhasse um novo ingrediente quando ela é pensada como “porta aberta”, o que parece desorganizá-la “para dentro”. Parece-

me, ao final do estudo que, acolher toda a demanda de uma população altamente medicalizada, tendo que fazer “escuta qualificada”, “abordagem das subjetividades”, dar resposta para os “casos sociais”, “produzir vínculo” pode ser visto como um ponto central a ser (re)pensado nas discussões acerca do trabalho e das diretrizes para a atenção básica. Diante de tantas exigências, considerações e recomendações postas pela política oficial, os trabalhadores agem das formas mais diversas, com diferentes níveis de compreensão e possibilidade de respostas concretas. Em uma das cenas, a enfermeira comenta que *“não tem vínculo com nenhum paciente da área, e com alguns ela nem quer ter”*. É esse(a) trabalhador(a) real que comparece no encontro com os usuários, longe de qualquer controle da gestão.

A percepção de que estes “novos elementos” da política dispostos na PNAB acabam sobrecarregando demais os trabalhadores, ou, pelo menos, não são aceitos ou incorporados de modo homogêneo por eles, resulta no que, à primeira vista e de modo simplificado, poderia ser visto como uma “insuficiente compreensão, pelos trabalhadores, do papel da ABS”. Essa explicação (e as estratégias gerenciais dela consequentes, como “mais capacitação”, por exemplo) será sempre inadequada/insuficiente se não se levar em conta, também, as limitações de tecnologias alternativas de cuidado e de possibilidades de oferta, que coloca os profissionais, muitas vezes, em situação de sofrimento e da sensação de impotência. O conflito entre “abrir” e “qualificar”, entre “abrir” e “fazer tudo” parece ser um ponto central a ser considerado nas estratégias de formação dos trabalhadores.

O cuidado em saúde se constitui a partir da tensão constante entre os campos da formulação, do trabalhador e do usuário. Em contínuo/incessante desalinhamento, esses campos operam uma construção dia após dia, a partir da combinação e/ou disputa de suas especificidades (interesses, controle de recursos, implicação com o campo da saúde, etc). A população coloca diferentes demandas ao serviço, construídas em seu caminhar prévio pela Rede e pelos seus anseios e desejos de cuidado; os trabalhadores operam a partir de diferentes concepções que trazem do que é saúde, do que é o papel da ABS, do que é sua função enquanto profissional, e tantas outras relativas ao seu modo de olhar a vida e se relacionar

com o “outro”; e a política oficial, com seus diferentes recursos para a indução, que favorecem o alargamento de possibilidades, mas também tem dificuldades em lidar e incorporar a ideia do autogoverno dos trabalhadores em suas formulações.

Este seria um jeito de olhar para o cuidado, favorecido pelo recorte e pela metodologia deste estudo. Procurei fazer um contraponto, ainda que incompleto, entre o cotidiano da ABS (com seus sujeitos, desejos, limites, possibilidades) e as formulações idealizadas da “grande política”. Busquei, ainda que modestamente, lançar novas questões sobre o papel da ABS, quem sabe possibilitando ou contribuindo para reflexões sobre formas mais potentes de se operar a gestão da rede básica, os diferentes processos de formação de seus trabalhadores e a construção de novas e mais cuidadoras relações com homens e mulheres que buscam, nos serviços de saúde, recursos fundamentais para “andar a vida” de modo mais criativo, autônomo e produtivo.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AROUCA, S. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: Unesp, 2003.

BARROS, L. S. DE. **O cotidiano de trabalho do ACS: trilhando caminhos entre prescrições e invenções**. dissertação mestrado—São Paulo: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2016.

BASTOS DE PAULA, S. H. **Memórias e história da atenção básica do estado de São Paulo**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2015.

BONFIM, J. R. DE A.; BASTOS, S. **Walter Sidney Pereira Leser: das análises clínicas à medicina preventiva e à saúde pública**. São Paulo: Aderaldo & Rothchild, 2009.

BRAGAGNOLO, L. M. **Gestão da atenção básica por Organizações Sociais de Saúde no município de São Paulo: uma análise micropolítica**. dissertação mestrado—São Paulo: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2017.

CAMPOS, G. W. DE S. C. **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. São Paulo: Hucitec, 1991.

CAPISTRANO FILHO, D. O programa de saúde da família em São Paulo. **Estudos Avançados**, v. 13, n. 35, p. 89–100, 1999.

CECILIO, L. C. DE O. (ED.). **Inventando a mudança na saúde**. [s.l.] Hucitec, 1994. v. 76

CECILIO, L. C. DE O. et al. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 11, p. 2893–2902, nov. 2012.

CECILIO, L. C. DE O. A questão do “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. **Forum Sociológico. Série II**, n. 24, p. 113–120, 1 nov. 2014.

CECILIO, L. C. DE O.; ANDREAZZA, R. Apontamentos epistemológicos e metodológicos de uma pesquisa em atenção básica: caminhando pela fita de Möbius. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, no prelo.

CECILIO, L. C. DE O.; ANDREAZZA, R. **A Atenção Primária como estratégia para (re)configuração das Políticas Nacionais de Saúde: a perspectiva de seus trabalhadores e usuários**. São Paulo: CNPq/FAPESP, mar. 2016.

CECÍLIO, L. C. DE O.; REIS, A. A. C. DOS. **Quatro apontamentos sobre os desafios (ainda) atuais da atenção básica**. mimeo, , 2017.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. s7–s16, 2008.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário**. [s.l.] Editora Fiocruz, 1999.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 1869–1878, 2015.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p. 489–506, dez. 2005.

GIL, C. R. R.). Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 6, p. 1171–1181, jun. 2006.

GIOVANELLA, L. et al. Atenção Primária à Saúde: da Declaração de Alma Ata à Carta de Astana. **Saúde em Debate**, v. 42, n. SPE1, p. 6–8, set. 2018.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Cartografar é traçar um plano comum. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, p. 263–280, ago. 2013.

MAXIMO, S. A. **A assistência farmacêutica no cuidado à saúde na atenção básica: tão perto, tão longe**. dissertação mestrado—São Paulo: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2017.

MELO, S. M. **Nem sempre sim, nem sempre não: os encontros trabalhador-usuários em unidade básica de saúde**. dissertação mestrado—São Paulo: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2015.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. [s.l.] Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MERHY, E. E. **O capitalismo e a saúde pública: a emergência das práticas sanitárias no Estado de São Paulo**. Campinas: Papirus, 1985.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. DE O. (Ed.). **Inventando a mudança na saúde**. Saúde em Debate. Serie Didática. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 117–160.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8a Conferência Nacional de Saúde: Relatório Final**., 1986.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Programa de Saúde da Família - Saúde dentro de casa**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, 1997a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as esferas do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. v. 4

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. [s.l.] MS Brasília (DF), 2008.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **O HumanizaSUS na atenção básica. Série B. Textos Básicos de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . 2010 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Decreto n. 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. . 2011 a.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). . 2011 b.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). . 2017.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; LIMA, L. D. DE. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 11–24, 2018.

NUNES, E. D. Cecília Donnangelo: pioneira na construção teórica de um pensamento social em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, 2008.

OLIVEIRA, L. A. DE. **Processos microrregulatórios em uma unidade básica de saúde e a produção do cuidado**. dissertação mestrado—São Paulo: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial de Saúde 2008: cuidados de saúde primários-agora mais que nunca**. [s.l.] Organização Mundial da Saúde e Alto Comissariado para a Saúde Lisboa, 2008.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. **The Lancet**, v. 377, n. 9779, p. 1778–1797, 2011.

PAIM, J. S. Saúde: política e reforma sanitária. In: **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, 2002. p. 447.

PAIM, J. S. Modelo de Atenção à Saúde no Brasil. In: **Estágio de vivência no SUS: o cotidiano do SUS enquanto princípio educativo, coletânea de textos**. Salvador: SESAB, 2009.

PENN, L. D. O. et al. Interim report on the future provisions of medical and allied services. **United Kingdom Ministry of Health. Consulted council on Medical Allied Services**. London: HerMajestySatationery Offices, 1920.

PUCCINI, P. DE T. As unidades de assistência médica ambulatorial (AMA) do Município de São Paulo, Brasil: condições de funcionamento e repercussões sobre a atenção básica no Sistema Único de Saúde, 2006. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, p. 2755–2766, 2008.

REIS, D. O. **Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica de saúde**. tese doutorado—São Paulo: Escola Paulista de Medicina/Universidade Federal de São Paulo, 2015.

ROLAND, M. 40 years on. Has the vision of Alma-Ata been realized? **Cadernos de Saúde Pública**, v. 35, n. 1, 10 jan. 2019.

SCHRAIBER, L. B. et al. **Programação em saúde hoje**. São Paulo: Hucitec, 1990.

SILVA JÚNIOR, A. DAGOMES; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 27–41.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção á saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, v. 27, n. 65, p. 257/277, dez. 2003.

UNICEF. Cuidados Primários de Saúde-Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde-Alma-Ata, 1978. **Brasília: UNICEF**, 1979.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaration on primary health care, Astana 2018.**, 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2019

YUNES, J.; BROMBERG, R. Situação da rede pública de assistência médico-sanitária na área metropolitana da Grande São Paulo. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, p. 221–236, 1971.